



# **REGRESO AL TRABAJO. UNA INTERVENCIÓN BIO-PSICO-JURÍDICA-SOCIAL-ESTRATEGICA- NECESARIA PARA LA RESOLUCIÓN DE LA INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**RESPONSABLE: SANTIAGO MARIO ARAÑA SUAREZ**

**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.**



**GOBIERNO  
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO  
DE TRABAJO  
E INMIGRACIÓN**

**SECRETARÍA DE  
ESTADO DE  
SEGURIDAD SOCIAL**

# **REGRESO AL TRABAJO**

**UNA INTERVENCIÓN BIO-PSICO-JURÍDICA-SOCIAL**

**ESTRATÉGICA - NECESARIA**

**PARA LA RESOLUCIÓN**

**DE LA INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL**

**POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

---

**Responsable: Dr. Santiago Mario Araña-Suárez**

---

**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.**

---

# REGRESO AL TRABAJO

---

*Programa Nacional de I+D+i, FIPROS 2008/118  
Secretaría de Estado para la Seguridad Social  
Ministerio de Trabajo e Inmigración, Gobierno de España*

---



***Dr. Santiago Mario Araña Suárez .-***

*Premio Nacional de Investigación  
Doctor en Psicología Clínica. Especialista Universitario en Psicología Jurídica y Forense  
Director del Master Internacional en Psicología Jurídica y Forense Basada en la Evidencia  
Director de los Programas Nacionales de I+D+i "Salud Mental – Atención Primaria e I. L. T."  
Director de la Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPÍ-PSICONDEC*

---

***Participan:***

---



***Dr. Eugenio Laborda Calvo .-***

*Presidente de la Sociedad Española de Valoración Médica del Daño Corporal  
Consejo de Dirección del Master Internacional en Psicología Jurídica y Forense Basada en la Evidencia  
Programas Nacionales de I+D+i "Salud Mental – Atención Primaria e I. L. T."  
Director – Editor de la Revista Cuadernos de Valoración*

---

***Dra. Beatríz Agra Viforcós***

*Catedrática de la Universidad de León. Facultad de Ciencias del Trabajo.  
Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.*

***Dr. Juan José Álvarez Sáenz***

*Jefe de Servicio de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III;  
Presidente de Honor de la Sociedad Española de Valoración Médica del Daño Corporal.  
Programas Nacionales "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPÍ-PSICONDEC*

***Dr. César Borobia Fernández***

*Profesor Titular de la Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Medicina Legal  
Director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo  
Director del Master de Valoración del Daño Corporal, Universidad Complutense de Madrid  
Programas Nacionales "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPÍ-PSICONDEC*

**Dr. Ricardo Cámara Anguita**  
*Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo.  
Jefe del Servicio de Rehabilitación FREMAP, Hospital de Majadahonda.  
Director del Master Oficial en Valoración del Daño Corporal, Daño Cerebral y Discapacidades,  
Universidad Europea de Madrid.*

**Dr. Antonio Capafons Bonet**  
*Catedrático de la Universidad de Valencia.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.  
Programa Nacional "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal"  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC*

**Dr. Juan José Fernández Domínguez**  
*Catedrático de la Universidad de León.  
Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.  
Programa Nacional "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC*

**Dr. Ignacio Ibáñez Fernández**  
*Profesor Titular, Universidad de La Laguna.  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.  
Programas Nacionales "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC*

**Dr. José Joaquín Lacalle**  
*Cross-Cultural Forensic Psychologist, ABPP; University of South California, U.S.A.  
Dirección del Master Internacional en Psicología Jurídica y Forense Basada en la Evidencia  
Programas Nacionales "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC*

**Dr. Javier Martínez López**  
*Dr. en Psicología por Universidad de Salamanca  
Programas Nacionales "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC*

**Dra. Susana Rodríguez Escanciano**  
*Catedrática de la Universidad de León. Facultad de Ciencias del Trabajo.  
Departamento de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.*

**Dr. Francisco Rodríguez Pulido**  
*Profesor Titular de la Universidad de La Laguna.  
Departamento de Medicina Interna, Psiquiatría y Dermatología.  
Director del Programa de Rehabilitación Psico-Social de la Isla de Tenerife.  
Programa Nacional "Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal".  
Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC*

® © Araña-Suárez, S.M. (2010). *Regreso al Trabajo. Programa Nacional de I+D+i, FIPROS 2008/118, Sociedad Científica Interdisciplinar ACAPI-PSICONDEC; Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Gobierno de España. Madrid.* [e-:[marasuar@gmail.com](mailto:marasuar@gmail.com)]



# ÍNDICE

	Página
Análisis Factorial del Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental - Atención Primaria, Cuestionario DP-SMAP (Araña-Suárez, 2009)	1
Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para la muestra objetivo de replicación, rotando entre 5 y 12 factores. Resultados programa MPLUS. Análisis Matriz de Correlaciones Tetracóricas, Rotación Varimax	18
Análisis de las Dimensiones Racionales del Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental - Atención Primaria, Cuestionario DP-SMAP (Araña-Suárez, 2009)	76
La Salud Psico-Física de los Trabajadores: un Riesgo Emergente	109
Pautas Alternativas para la Gestión de la Incapacidad Laboral Temporal derivada de Salud Mental	163
Psicopatología, Discapacidad y Trabajo	199
Locus de Control, Ansiedad y Trabajo	210
Modelo Transteórico de Cambio	218
Regreso al Trabajo: una Intervención Bio-Psico-Jurídica-Social estratégica-necesaria para la Resolución de las I.L.T. por Salud Mental	226

## RESUMEN:

Procedemos a efectuar el Análisis Factorial del Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal (Cuestionario DP-SMAP, Araña-Suárez, 2009), efectuando en primer lugar, la búsqueda de dimensiones empíricas y patrón subyacente o variables latentes, depurando y justificando los factores detectados a través del análisis factorial de la escala.

En segundo lugar, se construyen dimensiones adicionales, a partir de las áreas racionales que refleja el Cuestionario DP-SMAP (Araña-Suárez, 2009), para detectar las pautas de comportamiento decisional que aplican los Médicos de Atención Primaria, a la hora de diagnosticar, prescribir y tratar los problemas de salud mental de la población.

Posteriormente, realizamos un análisis de las dimensiones psico-jurídicas que afectan a la salud física y psíquica de los trabajadores, presentada como un riesgo emergente laboral, y ante el cual se ofrecen pautas alternativas para la gestión de la incapacidad laboral temporal derivada de problemas de salud mental.

Tanto el diagnóstico, como el tratamiento de la salud mental de los trabajadores se ven afectados por variables psicopatológicas que determinan los niveles de discapacidad presentes en el otorgamiento de incapacidades laborales temporales. Presentamos un análisis detallado de estos factores mediadores robustecedores, centrándonos especialmente en el papel desempeñado por el locus de control, y la ansiedad en la duración de los procesos de Baja Laboral.

El lugar de trabajo desempeña un papel relevante en la generación de la afectación psicopatológica que obliga a la dispensación de Bajas Laborales, no siendo aprovechadas, hasta la fecha, las posibilidades que el lugar de trabajo ofrece para la recuperación completa de la salud y el bienestar de los trabajadores.

Programar el Regreso al Trabajo como estrategia bio-psico-jurídica-social asistencial para la recuperación de los trabajadores y la resolución de los procesos por Incapacidad Laboral Temporal, requiere la puesta en práctica de intervenciones organizacionales.

Para la planificación de este tipo de iniciativas, ofrecemos la posibilidad de considerar el Modelo Transteórico de Cambio, como marco conceptual adecuado para la comprensión de las fases, estadios, niveles y recorrido que efectúan los individuos y las organizaciones en el proceso de aplicación y desarrollo de los Programas de Regreso al Trabajo que proponemos como alternativa para la resolución de la Incapacidad Laboral provocada por problemas de Salud Mental.

**Palabras Clave:** Regreso al Trabajo, Incapacidad Laboral Temporal, Riesgos Laborales, Salud Mental, Discapacidad, Locus de Control, Modelo Transteórico de Cambio.

---

# Análisis Factorial del Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental – Atención Primaria

(Cuestionario DP-SMAP, Araña-Suárez, 2008)

---

Mario Araña-Suárez  
Ignacio Ibáñez-Fernández

---

Procedemos a efectuar el Análisis Factorial del Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental – Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal (Cuestionario DP-SMAP, Araña-Suárez, 2009) correspondientes al Programa Nacional de I+D+i, "Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal" (Araña, 2009), financiado por la Secretaría de Estado para la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo del Gobierno de España.

Continuando, ampliamos el objetivo allí planteado: efectuar un acercamiento empírico para apresar el nivel de conocimiento que sobre aspectos esenciales para la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de Salud Mental, disponen y reconocen estar utilizando u obviando, los Médicos de Atención Primaria, durante el periodo temporal que constituye el abordaje asistencial.

Con este propósito, diferenciamos dos vías de análisis complementarias.

1. **Búsqueda de dimensiones empíricas: análisis factorial de la escala.** Si bien la escala se construyó con un criterio racional para cubrir determinadas áreas (tareas habituales en los médicos en su quehacer diario), en esta primera fase se procede a un tipo de análisis cuyo sentido no está ya en la imposición de una estructura a los datos (las áreas racionales de partida) sino en la búsqueda empírica de un patrón que subyace a los mismos. Interesa conocer aquí que variables latentes, factores no directamente observables justifican los posibles patrones de respuestas de los médicos de AP a la prueba. Una vez estos factores han sido depurados y justificados, se procede a analizarlos en la segunda fase junto con las áreas racionales con las que se ideó el DP-SMAP
2. **Análisis de áreas racionales y empíricas.** El cuestionario DP-SMAP se diseñó para evaluar una serie de dimensiones o áreas racionales que afectaban al ejercicio de las prácticas de los médicos de atención primaria ante los problemas de salud mental, tomando como telón de fondo y excusa sus atribuciones en el reconocimiento de la incapacidad laboral temporal. Junto con estas áreas racionales se construyen aquí dimensiones adicionales que amplían de forma considerable la información sobre las pautas de comportamiento de los médicos de AP en el campo de la salud mental.

Este grupo de análisis básicamente pretende indicar el estado de cada factor racional o empírico en las CCAA así como de España (definiendo esta como la media de las 7 CCAA muestreadas) en las dimensiones consideradas.

Dado que en este apartado se comentan las áreas racionales existentes y se plantean otras diseñadas a posteriori, comentaremos en este punto las características de la prueba así como algunas cuestiones relacionadas con la aplicación de la misma.

## 1.- Búsqueda de dimensiones empíricas.

El análisis factorial es una técnica estadística multivariada. Desde este punto de vista su objetivo es reducir los elementos de información disponibles (respuestas a los ítems en nuestro caso) a un conjunto de elementos o factores no accesibles directamente. Estas dimensiones o factores subyacentes se fundamentan en las correlaciones existentes entre los ítems. Es decir, los factores se derivan como una forma de dar cuenta de los agrupamientos de ítems que se observan en los datos originales, en la matriz de correlaciones obtenida de la respuesta a los ítems. Se pretende, por tanto, que la información contenida en esa matriz pueda resumirse en un número mucho menor de dimensiones a los que llamaremos factores. Dichos factores no tienen realidad física, pero se apela a ellos por su capacidad explicativa.

Si bien los factores se derivan de la matriz de correlaciones, se supone que son los factores los que determinan los patrones de covariación entre los ítems (y no al revés). Es decir, en términos causales, los factores son responsables de la respuesta individual a cada ítem.

El análisis factorial nace ante necesidad de estudiar variables no directamente observables (la inteligencia, la personalidad, las actitudes, etc.) En la actualidad, el uso del análisis factorial como herramienta metodológica se ha extendido a diversos ámbitos del quehacer científico: la psicología (en estudios de habilidades, motivación, aprendizaje, etcétera); la pedagogía (en estudios relacionados con el aprovechamiento escolar, la tipología de profesores, etcétera); la sociología (en dimensiones de grupo, actitudes políticas, afinidad política, etcétera), y en muchas otras disciplinas (ecología, economía, medicina, metrología...).

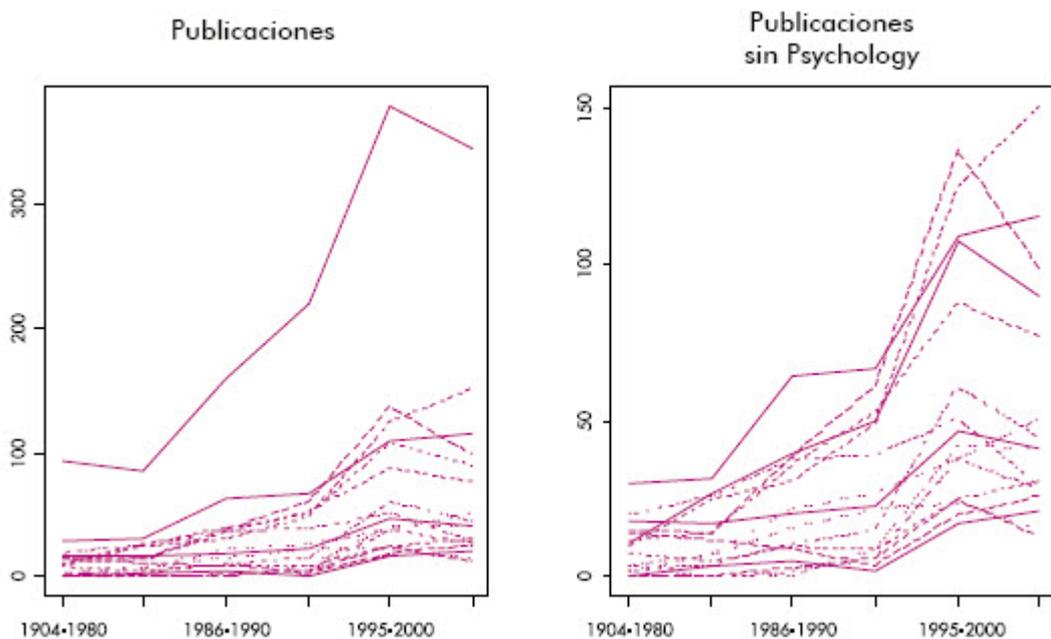
Como una muestra del uso de esta técnica estadística en los años recientes, Kaplunovsky (2006) presentó los resultados de una exploración realizada en Internet en mayo de 2004. Detectó 3,460 artículos relacionados con este método cuantitativo y los clasificó de acuerdo con los campos del conocimiento en que se habían generado los datos, los cuales se muestran en la tabla adjunta.

Artículos publicados sobre análisis factorial en diferentes disciplinas, 1904-2004

Área	1904-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1995-2000	2000-2004	Total
Biología	18	17	20	23	47	41	166
Química	12	14	36	53	88	77	280

Cromatografía	4	7	16	22	24	15	88
Ecología	2	4	11	15	61	45	138
Economía	14	12	9	4	20	26	85
Alimentación	1	4	5	2	17	21	50
Geriatría	8	5	10	9	25	31	88
Procesamiento de imágenes	2	7	22	27	38	51	147
Industria	4	0	2	6	38	28	78
Resonancia magnética	1	1	3	6	25	13	49
Medicina	30	32	64	67	109	116	418
Metodología	10	25	31	49	125	151	391
Investigación de operaciones	1	1	1	9	42	41	95
Fisiología	20	26	38	39	51	29	203
Psiquiatría	15	14	39	61	137	99	365
Psicología	93	86	159	219	379	344	1280
Espectroscopia	11	27	40	50	108	90	326

Igualmente en la figura siguiente se muestran dichos datos gráficamente, para valorar mejor el incremento de uso de dicha técnica dentro y fuera de la psicología



Más allá de estas consideraciones preliminares comentar como se efectuaron los análisis factoriales que presentamos sus resultados.

En primer lugar se optó por dividir la muestra total en dos submuestras aleatorias: la muestra objetivo ( $N = 420$ ) y la muestra de replicación o de validación cruzada ( $N = 409$ )<sup>1</sup>. La razón para ello radica en que es aconsejable contrastar

<sup>1</sup> Los análisis de contingencia (crosstab en el Spss) no indican diferencias significativas e nivel de ítems en función de la muestra. Es decir, las respuestas a los ítems no varían de una muestra a otra. Lo mismo puede decirse respecto a la distribución de variables sociodemográficas como el género, la edad y los años de servicio. Se considero por tanto que ambas muestras son equivalentes.

la estructura aislada en unos datos con otros procedentes de la misma población, y equivalentes. Al contar con dos muestras independientes, se factoriza cada una de ellas de forma separada, recurriendo posteriormente los índices de comparación oportunos para determinar la equivalencia o no de las soluciones aisladas en ambas muestras. En otras palabras, las soluciones factoriales exploratorias (como es el caso) son soluciones abiertas. Es decir, matemáticamente existen diferentes soluciones capaces de explicar los datos. Un criterio para optar por una solución frente a otra es precisamente la replicabilidad de la estructura en diferentes muestras. Desde este punto de vista se optó por dos caminos complementarios para aportar datos sobre la invarianza – replicabilidad de las soluciones estudiadas en ambas muestras.

- El primer método recurre a una metodología clásica: el uso de diferentes índices de congruencia. Este enfoque lo ligamos al empleo del programa estadístico Mplus (Muthén y Muthén, 1998)
- El segundo acercamiento toma elementos de la teoría de respuesta al ítem (TRI) y se lleva a cabo a través del programa estadístico IMINCE (Lorenzo-Seva, y Ferrando, 2003), un programa diseñado específicamente para la comparación de soluciones factoriales en dos muestras.

La elección de ambos enfoques no es arbitraria, sino que tiene un fundamento en la naturaleza dicotómica de los datos (y, por supuesto en el objetivo final del trabajo, constatar la invarianza factorial). Los programas estadísticos al uso (el Spss, por ejemplo) no contemplan la posibilidad de analizar más que matrices de correlaciones para el análisis factorial. Pero el coeficiente de correlación de Pearson no es adecuado para reflejar la covariación de variables dicotómicas nominales, como las del cuestionario que analizamos. La naturaleza de los datos ha de respetarse y se impone por tanto el uso de correlaciones tetracóricas y programas estadísticos que permitan esta circunstancia. Los programas estadísticos que empleamos solventan este problema.

Respecto a Mplus, se trata de un programa estadístico diseñado para el análisis de estructuras de covarianza –los mal llamados modelos causales e identificados normalmente con el enfoque Lisrel- pero permite llevar a cabo análisis factoriales exploratorios. Junto con la ventaja de respetar la naturaleza de los datos su flexibilidad en cuanto a los métodos de estimación de los factores correspondientes, nos encontramos con que arroja índices de ajuste de las soluciones aisladas. De esta forma tenemos información sobre la adecuación del número de factores retenidos – cuestión crítica como ya veremos- y, en menor medida, la estructura factorial misma. Sin embargo, dado el alto número de ítems (42) no nos parece recomendable someter las soluciones aisladas a los criterios de invarianza al uso dentro del análisis factorial confirmatorio. El alto número de ítems asegura, según nuestra experiencia y criterio, ajustes inadecuados, rechazos del modelo, independientemente de la bondad real del mismo. Por eso recurrimos a procedimientos más tradicionales (los índices de comparación) menos sensible al alto número de elementos de la escala

Unas últimas notas sobre el procedimiento antes de la presentación de resultados.

El análisis factorial exploratorio requiere una serie de pasos y decisiones. Uno de ellos afecta al número de factores o dimensiones a retener. Esta es una cuestión central cuya importancia parece menor pero que puede condicionar los resultados obtenidos. De hecho Glorfeld (1995) considera esta cuestión como la más importante a la hora de ejecutar un análisis factorial.

Existe una amplia gama de procedimientos para responder a la cuestión de cuantos factores retener, tales como la regla del valor propio superior a uno (Gutman-Kaiser (Gutman, 1954, Kaiser, 1960); el Scree test de Cattell (1966), el test de igualdad de los valores propios de Bartlett (1950, 1951); el test de máxima verosimilitud de Jöreskog (1967); el

análisis paralelo de Horn (1965) y el MAP de Velicer (1976). De entre ellos los más usados son aquellos que vienen implementados en los programas de estadísticos al uso, en particular el método del valor propio superior a uno de Kaiser y, más recientemente, el Scree test de Cattell. Todos los procedimientos mencionados muestran una mayor tendencia a la sobreextracción del número de factores que a la infraestimación (salvo el MAP, que muestra la tendencia contraria). Así, Zwick y Velicer (1986) en el mejor estudio sobre el tema concluyen que el peor procedimiento es el más usado (la regla de Kaiser), acertando sólo en torno al 25% de las ocasiones. La tasa de aciertos para el scree test se duplica (57%), pero prácticamente cuando no equivoca, sobrestima el número de factores ¡el 90% de las veces! Sobre este particular mencionar igualmente que ya Cattell llamo la atención sobre la subjetividad intrínseca a este método. En el extremo opuesto encontraríamos al MAP y el PA que mostraron su exactitud en torno al 84 y 92% de las ocasiones, respectivamente. En caso de errar, MAP tendía a la infraestimación (90%) y PA a la sobreestimación (66%). En tal caso, PA tiende a retener factores pobremente definidos.

Resumiendo el análisis paralelo o el MAP son los dos procedimientos más aconsejables, recomendándose su uso conjunto para evitar sus tendencias a la infra o sobreextracción. (Zwick y Velicer, 1986).

Esta cuestión, cuántos factores retener, tiene una consecuencia importante sobre el problema de la invarianza factorial y por tanto sobre nuestros objetivos. Es decir, un aspecto crucial de una prueba o escala es su invarianza de la estructura factorial, dado que en caso contrario deberíamos plantearnos que es lo que estamos midiendo. Por ejemplo, no podemos justificar que estamos midiendo intolerancia hacia la incertidumbre, pongamos por caso, cuando lo hacemos de forma distinta (distinto número de factores y/o definición operativa de los mismos) en distintas muestras y/o en diferentes ocasiones. Partimos del supuesto aceptado de que la replicabilidad-invarianza –cuanto menos parcial- de la estructura factorial es una condición recomendable de toda instrumentación psicológica. Además, cuando efectuamos comparaciones entre distintas muestras o distintos grupos poblacionales con un instrumento de medida aceptamos al menos tácitamente que son comparables, es decir evaluamos una misma dimensión definida de forma equivalente. Alternativamente, sus estructuras factoriales son similares o invariantes (o si se prefiere muestran invarianza parcial). En todo caso, el conocimiento de las semejanzas o diferencias factoriales es un paso previo que generalmente obviamos, damos por supuesto.

Resumiendo, la cuestión de cuantos factores retener afecta directamente a la bondad de la estructura factorial de la prueba y tiene consecuencias importantes sobre el propio concepto de validez de la instrumentación.

Sin embargo, frente los estudios sobre la bondad de estos procedimientos para determinar el número de factores se han efectuado sobre matrices de correlaciones, no sobre matrices tetracóricas, no existiendo por tanto evidencia suficiente sobre cual es el mejor método para datos de carácter dicotómico, como es el caso que nos ocupa.

Pese esta observación, **la aplicación de ambos criterios a las dos muestras de datos aconsejan entre 5 y 12 factores. Este resultado se repite en ambas muestras. Se retuvieron por tanto, estudiaron y compararon soluciones entre 5 y 12 factores.**

**Respecto al procedimiento de extracción se opto por Weighted least squares with robust standard errors and mean- and variance-adjusted chi-square en el caso de Mplus (se trata del método de estimación por defecto en este programa para datos categóricos) seguido de rotación promax y varimax (factores principales o factor común, opciones por defecto del Mplus).**

Dado que el programa IMINCE es menos flexible a la hora de extraer los factores, estos se extrajeron por el método de factor común. Además en este caso para la muestra objetivo se rotan los factores mediante el método varimax y en la de replicación se rotan por defecto por el método procuster para adecuarse mejor a la estructura de la muestra objetivo.

Dada la amplitud de los resultados obtenidos se presentan estos en los anexos, recogiendo aquí únicamente los resultados principales (o un resumen de los mismos) obtenidos con cada programa o una valoración de los mismos.

#### **a.- Resultados mediante el programa Mplus.**

Presentamos en primer lugar los datos relativos al ajuste de las soluciones factoriales –atendiendo principalmente a la adecuación del número de factores y en menor medida a su composición-. Y posteriormente los índices de congruencia empleados para comparar las diferentes soluciones obtenidas.

#### **Índices de ajuste para las soluciones factoriales exploratorias obtenidas mediante el programa Mplus. Muestra objetivo**

Nº de factores	Chi	Gl	p	RMSEA	RMSR
5	358.104	175	0.0000	0.046	0.0848
6	327.678	173	0.0000	0.042	0.0775
7	307.945	172	0.0000	0.040	0.0717
8	291.257	172	0.0000	0.037	0.0659
9	273.992	171	0.0000	0.035	0.0610
10	260.134	169	0.0000	0.033	0.0567
11	245.512	165	0.0000	0.031	0.0525
12	226.526	159	0.0003	0.029	0.0487

GL = Grados de libertad; p = probabilidad asociada  
 RMSEA = ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION  
 RMSR = ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL

Todos los valores de RMSEA son inferiores a 0.05, indicando por tanto un ajuste adecuado.

Todos los valores de RMSR (varianza no explicada por el modelo) son próximos a 0, indicando la idoneidad de los modelos.

Tomados estos índices en su conjunto indican cuanto menos la pertinencia del número de factores retenidos.

#### **Índices de ajuste para las soluciones factoriales exploratorias obtenidas mediante el programa Mplus. Muestra de replicación**

Nº de factores	Chi	Gl	p	RMSEA	RMSR
----------------	-----	----	---	-------	------

5	151,7	89	,000	0.038	,197
6	136.705	84	0.0002	0.036	0.1848
7	116.806	76	0.0018	0.033	0.1843
8	125.072	84	0.0025	0.031	0.1785
9	109.472	77	0.0089	0.029	0.1826
10	93.338	69	0.0272	0.027	0.1725
11	80.809	63	0.0648	0.024	0.1686
12	71.081	58	0.1161	0.021	0.1595

GL = Grados de libertad; p = probabilidad asociada

RMSEA = ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION

RMSR = ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL

Todos los valores de RMSEA son inferiores a 0.05, indicando por tanto un ajuste adecuado.

Todos los valores de RMSR (varianza no explicada por el modelo) son próximos a 0, indicando la idoneidad de los modelos.

Los valores de p inferiores a 0.05 indican buen ajuste del modelo.

Tomados estos índices en su conjunto indican cuanto menos la pertinencia del número de factores retenidos.

Resumiendo, para ambas muestra el rango de factores obtenidos parecen adecuado. Desde un punto de vista estadístico, la estructura de los factores también recibe cierto apoyo.

Sin embargo, al igual que ocurrirá con los análisis efectuados mediante el programa IMINCE, una valoración del significado sustantivo de los factores aislado estos no muestran en ningún caso una estructura lógica. La agrupación de ítems no parece mostrar demasiada coherencia. Además, fluctúa demasiado dentro de una misma muestra al variar el número de factores retenidos.

Antes de presentar los resultados relativos a los índices de congruencia correspondientes (cuando trabajamos con las matrices factoriales obtenidas con Mplus) señalar cuales fueron estos y algunas particularidades de los mismos.

Los índices de congruencia empleados fueron el índice *de Congruencia C de Tucker* (Burt, 1948 ; Tucker, 1951 ; Wigley y Neuhaus, 1955), el *estadístico S* (Cattell, 1949; Cattell y Baggaley, 1960; Cattell, Balcar, Horn y Nesslerode, 1969).

**El rango de valores de C varía entre -1 y 1, indicando el valor cero falta de acuerdo. Cureton y D'Agostino (1983) y Mulaik (1972) sugieren valores de C mayores que 0,90 ó 0,80 para afirmar que dos factores son congruentes.**

El rango de valores de S se encuentra entre 1 (perfecta coincidencia) y -1 (perfecto desacuerdo), representando el valor 0 acuerdo por azar entre los dos factores.

Respecto al estadístico S, no existe acuerdo acerca de cuál es el punto de corte requerido para indicar la magnitud de una saturación, el valor elegido es arbitrario y subjetivo (Guadagnoli y Velicer, 1991). El valor sugerido por Cattell (1978)  $\pm 0'1$  se considera muy bajo. Nosotros empleamos en este trabajo un valor de 0,15. Velicer, Peacock y Jackson (1982) proponen un valor de S entre  $\pm 0'3$  y  $\pm 0'4$  para indicar el grado de la semejanza entre factores.

### Índices de ajuste para las soluciones factoriales exploratorias obtenidas mediante el programa Mplus. Muestra objetivo

Nº de factores	Chi	Gl	p	RMSEA	RMSR
5	358.104	175	0.0000	0.046	0.0848
6	327.678	173	0.0000	0.042	0.0775
7	307.945	172	0.0000	0.040	0.0717
8	291.257	172	0.0000	0.037	0.0659
9	273.992	171	0.0000	0.035	0.0610
10	260.134	169	0.0000	0.033	0.0567
11	245.512	165	0.0000	0.031	0.0525
12	226.526	159	0.0003	0.029	0.0487

GL = Grados de libertad; p = probabilidad asociada

RMSEA = ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION

RMSR = ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL

Todos los valores de RMSEA son inferiores a 0.05, indicando por tanto un ajuste adecuado.

Todos los valores de RMSR (varianza no explicada por el modelo) son próximos a 0, indicando la idoneidad de los modelos.

Tomados estos índices en su conjunto indican cuanto menos la pertinencia del número de factores retenidos.

### Índices de ajuste para las soluciones factoriales exploratorias obtenidas mediante el programa Mplus. Muestra de replicación

Nº de factores	Chi	Gl	p	RMSEA	RMSR
5	151,7	89	,000	0.038	,197
6	136.705	84	0.0002	0.036	0.1848
7	116.806	76	0.0018	0.033	0.1843
8	125.072	84	0.0025	0.031	0.1785
9	109.472	77	0.0089	0.029	0.1826
10	93.338	69	0.0272	0.027	0.1725
11	80.809	63	0.0648	0.024	0.1686
12	71.081	58	0.1161	0.021	0.1595

GL = Grados de libertad; p = probabilidad asociada

RMSEA = ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION

RMSR = ROOT MEAN SQUARE RESIDUAL

Todos los valores de RMSEA son inferiores a 0.05, indicando por tanto un ajuste adecuado.

Todos los valores de RMSR (varianza no explicada por el modelo) son próximos a 0, indicando la idoneidad de los modelos.

Los valores de p inferiores a 0.05 indican buen ajuste del modelo.

Tomados estos índices en su conjunto indican cuanto menos la pertinencia del número de factores retenidos.

Resumiendo, para ambas muestra el rango de factores obtenidos parecen adecuados. Desde un punto de vista estadístico, la estructura de los factores también recibe cierto apoyo.

Sin embargo, al igual que ocurrirá con los análisis efectuados mediante el programa IMINCE, una valoración del significado sustantivo de los factores aislado estos no muestran en ningún caso una estructura lógica. La agrupación de ítems no parece mostrar demasiada coherencia. Además, fluctúa demasiado dentro de una misma muestra al variar el número de factores retenidos.

Por otro lado, el análisis visual de cada muestra deja claro, de entrada, la no equivalencia entre las soluciones factoriales obtenidas en uno u otro caso. Esta primera impresión se contrasta posteriormente con nitidez cuando recurrimos al coeficiente de congruencia y al Índice S de similitud factorial.

Hay que observar que si bien algunos valores de S pueden indicarla semejanza entre factores de ambas muestras, esta posibilidad no tiene ningún sentido ante falta de significado sustantivo de las soluciones factoriales aisladas. Es decir, la posible semejanza es trivial ante la ausencia de sentido de las soluciones obtenidas.

### Valores para la comparación entre las soluciones de 5 factores

#### Coeficiente de congruencia

	1	2	3	4	5
1	-,034	,380	,148	-,176	,081
2	-,010	-,243	-,199	-,017	,083
3	,214	,322	,363	-,108	-,001
4	-,028	-,334	,036	-,056	-,295
5	-,228	-,213	,012	,146	,040

#### S-Index Matrix

	1	2	3	4	5
1	,108	,400	,263	-,162	,000
2	-,050	-,186	-,146	,050	,061
3	,222	,154	,324	-,111	,000
4	,000	-,465	,098	-,050	-,121
5	-,176	-,162	-,057	,000	,148

### 6 FACTORES

### Congruence Coefficients

1	,236	,052	,177	-,077	-,177	,215
2	-,203	-,019	-,109	-,001	,077	-,136
3	,437	,293	,342	-,245	-,284	,245
4	-,084	,055	,177	-,071	-,144	,336
5	,186	,103	,136	-,206	-,098	-,254
6	-,086	-,282	-,095	,173	,054	-,041

### S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6
1	,000	,000	,105	,000	-,182	,133
2	-,250	,000	-,095	-,100	,000	,000
3	,250	,364	,190	-,200	-,154	,235
4	,000	,000	,261	,091	-,267	,105
5	,125	,091	,000	-,100	,308	,000
6	,133	-,095	-,200	,211	,000	,125

### 7 Factores

#### Congruence Coefficients

	1	2	3	4	5	6	7
1	,166	-,111	,155	,083	-,039	-,174	,200
2	-,132	-,030	-,226	-,042	-,138	,102	-,136
3	,239	-,201	,294	,056	,188	-,294	,331
4	-,027	,119	-,376	,202	-,030	,153	-,121
5	-,047	,159	-,158	,032	-,051	,081	-,053
6	-,068	-,024	,366	-,009	-,017	,110	-,099
7	,187	,018	,356	-,020	-,140	-,149	,184

### S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6	7
1	,343	-,188	,111	-,111	-,069	-,162	,333
2	-,108	-,059	-,316	-,053	-,129	,051	-,091
3	,229	-,188	,278	,056	,276	-,216	,333
4	-,054	,118	-,211	,105	,065	,154	-,045
5	-,235	,065	-,057	-,114	,000	,167	-,049
6	,049	-,053	,238	-,048	,114	,140	-,250
7	,154	-,056	,350	,000	-,242	,098	,304

### 8 Factores

#### Congruence Coefficients

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	,136	-,080	-,063	,184	,038	-,113	,248	,314
2	-,096	-,060	-,297	-,145	-,075	,073	-,210	-,056
3	,149	,006	,226	,117	,156	-,144	-,036	-,277
4	,372	-,207	,155	-,025	,146	-,330	,410	,137

5	-,027	-,030	,022	-,093	-,116	,069	,319	,299
6	-,083	,157	-,190	-,127	,019	,098	-,148	-,123
7	,243	,015	-,082	,119	-,029	-,196	,414	,130
8	-,135	,127	-,019	,100	,197	,147	-,370	,089

S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	,136	-,133	,148	,083	-,061	-,098	,216	,231
2	-,078	-,054	-,235	-,065	-,050	,083	-,273	-,121
3	,130	-,063	,069	,154	,286	-,140	,051	-,071
4	,408	-,286	,188	-,069	,158	-,348	,429	,065
5	-,082	-,114	,063	-,069	-,105	-,043	,381	,065
6	-,222	-,065	-,143	-,080	,000	,143	-,105	-,148
7	,280	,056	-,121	,067	,051	-,128	,419	,125
8	,089	,065	,000	,160	,118	,000	-,158	,000

9 Factores

Congruence Coefficients

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	,054	-,031	-,035	-,060	,070	-,072	,257	-,229	,271
2	,156	,037	-,068	-,060	,030	-,103	,152	,082	,014
3	,105	,095	,303	-,049	-,014	-,130	,384	-,214	-,003
4	,482	-,126	,310	,095	-,097	-,302	,297	-,309	,194
5	-,210	-,037	-,015	,068	,033	,025	-,427	,171	-,250
6	-,087	,122	-,245	,073	-,075	,092	-,241	,080	-,044
7	-,323	-,071	-,262	-,137	-,259	,219	-,045	,036	-,091
8	,330	-,021	,197	,243	,166	-,158	-,175	-,255	-,024
9	,134	,143	,064	,181	,136	,050	-,064	,106	,211

S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	,057	-,067	,000	,000	,083	-,053	,278	-,250	,118
2	-,051	,000	-,267	,000	,143	,238	,200	-,071	-,211
3	,047	,158	,176	,051	,188	,087	,318	-,063	,000
4	,333	-,216	,242	,105	,000	-,311	,372	-,323	,244
5	-,105	,000	,000	,118	,000	,146	-,410	,222	-,216
6	-,053	,061	-,276	,059	-,148	,293	-,154	,074	-,216
7	-,195	-,167	-,188	-,054	-,133	,136	,048	,000	,100
8	,316	,061	,207	,235	,222	-,049	-,154	-,296	,108
9	,140	,158	,059	,154	,188	-,174	,045	,125	,238

### 10 Factores

#### Congruence Coefficients

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	,024	,064	-,059	,256	-,113	,181	,165	,040	,288	-,023
2	,017	,160	,010	-,171	-,085	,120	,059	,261	,082	-,075
3	,016	,168	-,138	,085	,264	,233	,203	,048	-,001	-,238
4	-,039	,291	,136	,291	,169	,270	,026	-,044	,208	-,023
5	-,131	-,052	,108	-,198	-,012	-,376	-,196	,006	-,332	-,018
6	,084	-,092	-,007	-,127	-,255	-,057	-,080	-,146	-,005	-,067
7	-,048	-,193	-,170	,016	-,139	,053	,101	-,263	-,116	-,346
8	,040	,141	,259	,188	,145	-,137	-,235	,082	-,032	,169
9	,119	,018	,064	,008	,290	,032	,125	,094	,112	,211
10	,324	,107	,244	,126	,067	,177	,040	,010	-,023	,059

#### S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	-,121	-,125	-,069	,296	,190	,061	,387	,080	,087	,000
2	,059	,182	,067	-,143	,000	,118	,063	,154	,083	,000
3	,000	-,176	-,065	,138	,261	,229	,242	,148	-,080	-,348
4	-,103	,316	,286	,303	,148	,308	,162	-,065	,138	,296
5	-,105	-,162	,176	-,250	-,154	-,263	-,111	,000	-,143	,077
6	,054	-,333	,000	-,387	-,160	,000	-,114	-,138	-,222	-,080
7	-,114	-,176	-,065	-,069	-,174	,171	,182	-,148	,080	,000
8	,000	,000	,323	,000	,000	,114	-,242	,074	,000	,000
9	,050	,103	-,056	,000	,143	,150	,000	,188	,067	,214
10	,312	,065	,214	,231	,000	,063	,067	,167	-,182	,000

### 11 Factores

#### Congruence Coefficients

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-,034	-,054	-,152	,068	-,028	,059	,079	-,073	,248	,186	-,042
2	,072	,080	,053	,243	,065	,163	,160	-,419	,038	,165	,178
3	-,074	-,057	,105	-,155	,148	,160	,165	-,093	,287	-,111	-,034
4	-,131	-,187	,050	-,041	,113	,284	,323	-,015	,346	,231	-,288
5	,014	,190	,004	-,004	,005	-,023	-,068	,084	-,366	-,324	,054
6	-,142	-,101	,191	,103	,046	,124	,122	-,255	,244	,003	,136
7	,080	-,060	-,039	-,133	,157	-,167	-,178	,218	,070	-,047	-,446
8	-,039	-,208	,152	,290	-,071	,166	,179	,069	-,114	-,047	,104
9	-,036	,080	-,332	-,130	,048	-,028	-,027	,092	-,212	-,133	-,301
10	,028	,328	,044	-,147	-,073	-,099	-,114	,062	-,189	-,330	-,119
11	,193	-,205	,130	-,019	-,190	,107	,161	-,041	,150	-,064	,204

#### S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	-,125	,000	-,182	,154	-,074	-,114	,158	-,148	,286	,200	,000
2	,121	-,083	-,174	,000	,071	,111	,205	-,357	,056	,095	-,091

3	-,065	,000	,095	-,160	,308	-,176	,000	-,154	,294	,105	-,300
4	-,324	,000	-,074	-,065	-,125	,200	,419	-,188	,550	,240	,308
5	,171	,077	-,240	,000	-,067	,105	-,146	,333	-,316	-,435	,083
6	-,051	-,133	,069	,182	,059	,190	,311	-,176	,143	,222	,143
7	,125	-,174	,182	-,077	-,074	,000	,053	,296	,057	,000	-,095
8	,000	-,080	,000	,071	,069	-,054	,150	,207	-,162	-,182	,000
9	-,056	,000	-,308	-,200	-,065	-,103	-,048	,065	,000	-,083	,080
10	,061	,333	,087	-,074	,000	-,056	-,103	-,071	-,222	-,190	,000
11	,258	,091	,190	,080	-,231	-,176	,162	-,077	,235	-,105	,000

### 12 Factores

#### Congruence Coefficients

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	,032	,070	-,160	,011	-,047	-,096	,066	,110	,210	,169	-,034	-,042
2	-,079	,094	,040	-,080	,028	,107	-,090	-,331	-,182	-,296	-,035	,001
3	,086	-,012	,045	,002	,303	,004	,168	,012	,266	-,104	,001	-,217
4	,072	,086	-,055	-,167	,185	,197	,258	,258	,370	,230	,269	-,102
5	,034	-,053	-,025	-,022	,093	-,244	,034	,198	,397	,325	-,089	,003
6	,010	,067	,069	,156	,339	-,089	,058	,151	,209	,034	,309	,025
7	,004	-,062	-,181	-,006	,035	-,170	-,139	-,025	,014	,151	-,163	-,197
8	,066	,154	,112	,058	-,035	,181	,148	,335	-,076	-,011	,004	,197
9	,119	,010	-,022	,371	,009	-,019	,143	-,188	,143	,186	,189	-,007
10	-,059	-,043	-,285	-,085	-,271	,169	-,057	-,116	-,091	-,125	-,015	-,214
11	,045	-,268	,040	-,101	-,101	-,098	-,154	-,085	-,036	-,029	-,063	-,451
12	,296	,316	,042	-,064	-,009	-,055	,097	,054	,345	-,010	-,059	,110

#### S-Index Matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-,065	,167	-,240	,160	,000	-,083	,167	,077	,258	,273	-,250	-,167
2	-,065	,167	,000	-,160	,000	,167	-,083	-,385	-,129	-,091	,083	,083
3	,188	,080	,000	,077	,276	,000	,080	,000	,188	,000	,000	-,320
4	-,061	,077	-,074	-,148	,200	,154	,077	,357	,303	,250	,231	-,077
5	,121	-,154	,074	,000	,400	-,077	,000	,000	,182	,417	-,231	-,077
6	,065	,000	,000	,160	,214	-,167	,083	,385	,065	,091	,167	-,250
7	,063	,000	-,154	-,077	,069	-,240	,000	-,222	-,063	,000	-,080	,160
8	,063	,400	-,077	-,077	,069	,160	,080	,148	,000	-,087	,160	,160
9	,000	-,077	,074	,222	,067	-,077	,077	-,071	,121	,167	,077	-,308
10	,000	,000	-,267	-,200	-,121	,276	-,069	-,065	,000	-,074	,000	,000
11	,000	,080	,077	-,077	-,138	-,160	,000	,074	,063	,087	,240	-,080
12	,207	,182	,174	,087	,000	,091	,182	,000	,276	,100	-,091	-,091

### b.- Análisis de la estructura e invarianza factorial con el programa IMINCE

Tres son los criterios generales para valorar la equivalencia factorial, es decir que la estructura factorial es similar en la muestra objetivo y en la muestra de replicación.

**La invarianza en la dificultad de los ítems** (el vector de las puntuaciones medias es similar en ambas muestras)

**El invarianza de discriminación**, (invarianza parcial o de las saturaciones factoriales).

**Invarianza de la varianza residual**, no explicada. Es importante observar que dado el carácter dicotómico de los datos, el programa no aporta datos relativos a la varianza residual, al menos con este volumen de variables (42)

El programa proporciona información sobre estos criterios a nivel de cada ítem y de la escala en su conjunto, lo que permite una valoración pormenorizada de las fuentes de varianza o invarianza detectadas. Y por tanto afirmaciones muy finas sobre aquellos elementos comunes (o diferentes) en las muestra de objetivo y de replicación.

Un paso previo a estos criterios de invarianza es **determinar si la estructura factorial es coherente, si tiene un sentido teórico sustantivo**. Por ello, y dado que el enfoque propuesto permite en primer lugar examinar la estructura factorial obtenida en la muestra objetivo y la de replicación (téngase en cuenta que para simplificar la interpretación la primera solución se rota mediante el procedimiento normalizado de varimax, y la de la segunda muestra se rota mediante procedimientos ortogonales –procuster- para adecuarse lo mas posible a la primera) el paso preliminar es determinar la validez sustantiva de las soluciones. En este sentido una valoración de los configuración de los factores (que elementos definen cada factor, y su relevancia en el mismo) es fundamental.

**Es decir**, solo si las estructuras factoriales aisladas tienen sentido teórico, debe procederse a las pruebas correspondientes de invarianza. Lo contrario supone apoyar la irracionalidad por el mero hecho de que existe en las dos muestras en que se han dividido los datos en consideración. Este razonamiento estaba igualmente implícito en los comentarios relativos a los resultados del Mplus

Recuérdese que atendiendo a los criterios para la determinación del número de factores empleados, se retuvieron entre 5 y 12 factores, recurriéndose en todo caso al análisis de matrices de correlación tetracóricas, dado el carácter dicotómico de los datos.

En el cuadro siguiente y desde una perspectiva general resumimos los resultados hallados (para una información más pormenorizada, consultar el anexo correspondiente)

Nº factores	de Resumen y valoración del resultado
5	1.- Salvo escasísimas excepciones no existen saturaciones por encima de 0.30 en las soluciones aisladas. En ningún caso existen más de dos saturaciones superiores a 0.30 en un mismo factor. Es decir, No subyace una estructura claramente definida en los datos analizados.
6	
7	
8	
9	2.- Salvo circunstancias aplicables a ítems concretos, existe invarianza en dificultad de las escala, invarianza en la discriminación.
10	
11	
12	3.- La falta de una estructura definida se da en ambas muestras analizadas.

A modo de resumen de los resultados de los diferentes análisis factoriales llevados a cabo, cabe decir que independientemente del procedimiento seguido:

- No parece existir una estructura con significado sustantivo en los datos
- Esta circunstancia se manifiesta de dos formas distintas:
  - incoherencia en el patrón de saturaciones (resultados de Mplus)
  - ausencia de estructura (saturaciones no significativas) (resultados de IMINCE)
- Los índices de congruencia tradicionales descartan la semejanza entre las dos muestras (acercamiento con Mplus)
- El enfoque basado en la teoría de respuesta al ítem (TRI) apoya la semejanza inter muestras, pero no hay que olvidar que esa semejanza se basa en la ausencia saturaciones significativas en las soluciones de ambas muestras.

**A modo de conclusión y desde un punto de vista valorativo surgen dos cuestiones de fondo.**

- ¿La prueba carece de una estructura factorial sólida?
- Por el contrario esa falta de estructura no hace sino reflejar la ausencia de un patrón coherente y común, de esquemas de actuación por parte de los médicos de atención primaria cuando se enfrentan a problemas de salud mental. Esos eran realmente nuestros intereses con este análisis: determinar los esquemas de funcionamiento que, a modo de teorías implícitas o explícitas, guían la actuación del médico.

Que la prueba no tenga una estructura factorial definida es un problema menor. La ausencia de pautas de funcionamiento comunes y estables, coherentes e integradas – reflejadas en el Programa Nacional “Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal” - supone un problema sanitario de primer orden.

---

## ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES RACIONALES DEL CUESTIONARIO

# DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIONES EN SALUD MENTAL – ATENCIÓN PRIMARIA (CUESTIONARIO DP-SMAP, ARAÑA SUÁREZ, 2009)

Mario Araña-Suárez  
Ignacio Ibáñez-Fernández

El Cuestionario Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental – Atención Primaria (Cuestionario DP-SMAP, Araña-Suárez, 2009), recoge cuatro categorías de ítems, agrupados respecto a tareas, decisiones, actitudes y percepciones consideradas básicas en el ejercicio profesional de la Medicina, y en relación a la Salud Mental y las Incapacidades Laborales Temporales dispensadas por este motivo.

Los ítems han sido agrupados en cuatro categorías, por su relevancia en los conocimientos y las tareas profesionales necesarias en cada una de ellas. Las Categorías, han sido: **Diagnóstico, Terapia, Prescripción Psico-Farmacológica y Aspectos Funcionales.**

Dentro de la categoría **Diagnóstico** se han agrupado los ítems relacionados con la etiología y la sintomatología, analizando aspectos como el diagnóstico diferencial, comorbilidad, solapamientos, cronicidad y presentación de síntomas, intensidad y gravedad, síntoma principal, historia biográfica, y seguridad diagnóstica, consideración del curso.

En categoría **Terapia**, analizamos la implicación de la familia, organización de la vida rutinaria del paciente, empleo del tiempo y empatía, consideración del placebo y análisis de la evolución a través del diagnóstico diferencial, los efectos secundarios, los efectos de la evaluación, y análisis del pronóstico.

En categoría **Prescripción Psico-Farmacológica**, constan los ítems relacionados con innovación farmacológica, pronóstico, cambios en prescripción, elección de la diana terapéutica, prescripción múltiple, contraindicaciones y seguridad en la prescripción, análisis de la dosis: efectos, pronóstico, reducción, tamaño.

En **Aspectos Funcionales**, contemplamos la coordinación y derivación entre unidades asistenciales, la innovación, formación, vínculos con pacientes, percepción de la cualificación profesional propia, repetición de recetas, limitaciones de la prescripción, y bajas laborales: por situación laboral exclusiva, por evolución terapéutica, prolongación por demora asistencial, por efecto del embarazo.

Los ítems han sido confeccionados como medida objetiva de determinadas conductas básicas que son estándar para el Diagnóstico y la Prescripción, así como en las tareas y asuntos profesionales que están presentes en la relación Salud Mental – Atención Primaria – Incapacidad Laboral Temporal.

La Prescripción que realiza un Médico de Atención Primaria en asuntos de Salud Mental, contempla no sólo fármacos, sino recomendaciones terapéuticas que implican a la familia, análisis de la historia personal, entre otros. Por este motivo, se considera una categoría propia, analizada de forma diferencial: **Terapia.**

La ubicación de los ítems, respecto a las Categorías en el conjunto de la prueba o Cuestionario, fue ordinal, sin otro criterio previo que su presentación final, al azar. Todos los participantes recibieron el mismo Cuestionario.

La numeración correspondiente a cada Categoría, se recoge en el gráfico siguiente. Como toda prueba psicológica o test, el Cuestionario DP-SMAP (Araña-Suárez, 2009) recoge una muestra selectiva del conjunto de las conductas profesionales que efectúa el Médico de Atención Primaria, así como respecto a la toma en consideración de aspectos esenciales en la decisión clínica.

Este es el objetivo de la prueba DP-SMAP, y no otro: detectar las conductas representativas que se están ejercitando en Atención Primaria a la hora de efectuar Diagnósticos y todo tipo de Prescripciones, en asuntos de Salud Mental, y las tareas funcionales que acompañan estos comportamientos.

Categoría	Número de Ítem	
Diagnóstico	1, 2, 3, 4, 9, 19, 23, 34, 20, 33, 21, 22, 35, 37, 42, 43	Algunos ítems están relacionados con dos Categorías, o con dos tipos de tareas diferentes dentro de la misma Categoría. Y así han sido
Terapia	8, 12, 13, 14, 15, 20, 28, 29, 30, 31, 38	
Prescripción Farmacológica	2, 9, 10, 25, 26, 18, 22, 33, 34, 28, 38, 29, 36, 30, 31, 38	
Aspectos Funcionales	5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 11, 24, 39, 40, 41, 15, 16, 38, 17, 27	
Sinceridad-Fiabilidad	32	

analizados, en relación con cada Categoría, o dentro de la tarea precisa que se evalúa.

La base teórica que motivó la presencia de algún reactivo o ítem expresado de forma negativa, se ajusta al público destino: sujetos – Médicos de Atención Primaria – habituados en su practica profesional diaria, al establecimiento de hipótesis alternativas causales, en el afrontamiento de cualquier proceso morboso o patógeno, sometiendo a evaluación de forma rápida y continua, información de distinto tipo y características, muchas veces contradictoria en apariencia, pero necesaria, para adoptar decisiones clínicas.

Como elección de respuesta, se ofrece un formato dicotómico Sí/No, como conducta o percepción que está presente o ausente, único objetivo de la detección. La dificultad de la prueba, en su conjunto, se consideró apta, para cualquier médico en ejercicio.

**La Sinceridad o Fiabilidad en las Respuestas** cumplimentadas, fue controlada con un ítem, el número 32, situado en la parte final del Cuestionario, con la finalidad de que el sujeto al que se le estaba aplicando la prueba de forma voluntaria y desinteresada, pudiera responder con sinceridad y sin presión de tipo alguno, ofreciendo un autoinforme libre de la sinceridad de sus respuestas, y a una altura del Cuestionario, donde ya tenía pleno conocimiento de su contenido, sin dudas que tergiversaran el sentido de su respuesta emitida.

Los cuestionarios con respuesta negativa o sin respuesta en el ítem 32, no fueron analizados, formando parte de ese volumen de mortandad, como muestra no válida, incluidos en el 6,85 % de la totalidad de la muestra inicial que cumplimento el Cuestionario, pero fueron rechazados al hacer el análisis, junto a los que dejaron sin respuesta 13 ítems o más de la prueba.

Tres ítems suplementarios de carácter laboral y demográfico, finalmente, no han sido contemplados en el análisis que mostramos, por su irrelevancia para el objetivo de la detección que presentamos en esta fase: sexo, años de servicio, localidad del Centro de Atención Primaria.

Junto con los ítems de contenido, se contemplan **tres ítems suplementarios de carácter laboral y demográfico**: años de servicio, género y localidad del Centro de Atención Primaria. Estos datos se consideran solo cuando sean relevantes para la realización de los análisis oportunos. En todo caso, hay que indicar que es frecuente la omisión de parte de los mismos, por lo que el N final de cada análisis que implique estas variables sociodemográficas es muy variable.

### ***Aplicación del Cuestionario.-***

De entre los miembros que participan en los distintos Grupos de Trabajo organizados y gestionados por la Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, y dirigidos por el Dr. Mario Araña-Suárez, fue posible la intervención inicial en las Comunidades Autónomas de Madrid, Castilla León, Castilla – La Mancha, Murcia, Canarias, Andalucía, Comunidad Valenciana y Canarias.

Los componentes de estos Grupos para la Aplicación del Cuestionario DP-SMAP, disponen de formación y ejercicio profesional en alguna de estas disciplinas: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería o Medicina. Fueron seleccionados por su disponibilidad, y a partir de un requisito previo de amplia experiencia a nivel clínico, y/o valoración pericial jurídico-forense. Dentro del Grupo de Aplicación del Cuestionario, participaron además tres personas con otra titulación, pero ejerciendo tareas de apoyo administrativo. Estas personas participaron en aquellas aplicaciones de tipo pequeño grupo, habiendo recibido formación previa respecto a la actitud y presencia durante aplicación, el cuestionario, las características del Programa, y su no injerencia en el proceso de respuesta.

Los participantes, por Comunidades Autónomas, han sido los siguientes:

**A.- Dirección del Grupo de Aplicación del Cuestionario DP-SMAP** en todas las Comunidades: Dr. Mario Araña-Suárez, Psicólogo Clínico Jurídico-Forense, Director de la Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC, y Director e Investigador Principal de los Programas Nacionales.

### **B.- Aplicadores del Cuestionario, por Comunidades Autónomas:**

\* Cataluña: Dr. Mario Araña Suárez, y Dr. Francisco Javier Martínez López, Psicólogo Clínico.

\* Castilla La Mancha: Dr. Mario Araña Suárez, Dr. Francisco Javier Martínez López, Dr. Salvador Porras Obeso – Psiquiatra, Hospital General de Elda, Alicante-, y José Martínez Ribera – Enfermero, Psicólogo Clínico, Hospital General de Elda, Alicante -.

\* Comunidad Valenciana: Dr. Mario Araña Suárez, Dr. Salvador Porras Obeso, José Martínez Ribera.

\* Murcia: Dr. Mario Araña Suárez, Dr. Salvador Porras Obeso, José Martínez Ribera.

\* Andalucía: Dr. Mario Araña Suárez, Juan Chacón Fernández – Psicólogo Clínico -.

\* Galicia: Dr. Mario Araña Suárez, Dra. Mónica Antelo – Profesora Titular de Psicología, Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela - , Pilar Rivera – Administrativa, Universidad de Santiago de Compostela - .

\* Canarias: Dr. Mario Araña Suárez, Alexis Guillén y Marta Araña Cabrera – Administrativos, Sociedad Científica ACAPI-PSICONDEC - .

### **C.- Muestra y Procedimiento de Aplicación.-**

La aplicación del Cuestionario DP-SMAP, se efectuó de forma exclusiva y controlada, a Médicos con ejercicio profesional en Centros de Salud de Atención Primaria, en todas las Comunidades donde se intervino.

Además de en las Comunidades Autónomas que se presentan, se inició la aplicación del Cuestionario DP-SMAP en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad de Castilla León. El proceso de aplicación fue interrumpido de inmediato en estas dos Comunidades Autónomas al detectarse deficiencias en la aplicación y recopilación, no ajustadas a los requisitos explícitos enunciados en fase previa; los aplicadores en estas dos Comunidades, fueron apartados del Programa y ningún dato relacionado con estos lugares, han sido considerados en ninguna parte.

La Aplicación, en las siete Comunidades Autónomas que se presentan, se efectuó de forma individual y directamente en el Despacho del Médico de Atención Primaria, o en algún otro Despacho o Unidad del Centro de Salud, o en Congresos Regionales y Nacionales de Medicina de Atención Primaria (Galicia, Canarias, Castilla-La Mancha), o en alguna de estas combinaciones en Galicia, Canarias y Castilla-La Mancha: Congresos, y Despachos.

<b>Volumen muestral por Comunidad Autónoma</b>	
<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Nº de pruebas validas</b>
Andalucía	177
Canarias	144
Castilla La Mancha	112
Cataluña	190
Galicia	133
Murcia	60
Valencia	171
<b>Total (España)</b>	<b>987</b>

El análisis que presentamos de los cuestionarios, se ha efectuado considerando de forma conjunta las distintas modalidades de recopilación que se ha producido en algunas Comunidades, al considerar de inexistente influencia en el resultado, dadas las características descriptivas básicas del ejercicio profesional que presenta el Cuestionario.

Todos los médicos participantes recibieron información previa, en el momento de la invitación a cumplimentar el Cuestionario, respecto a la pertenencia de este Programa a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, el título, características y finalidad del Programa "Diagnósticos y Prescripciones efectuados por Médicos de Atención Primaria en asuntos de Salud Mental, y su relación con la Incapacidad Laboral Temporal".

Además de la muestra final recopilada, recibió información de las características del Programa, bien directamente por los aplicadores o a través de los Coordinadores de Centro informados previamente y que ayudaron a concertar muchas citas, la practica totalidad de los Médicos en cada Centro de Salud y Comarca, de entre los visitados.

Los cálculos estimados para determinar la totalidad de la muestra que ha sido informada en la fase de aplicación, han sido considerar, por experiencia, que ha habido un Médico participando, por una media de cada 3 médicos informados del Programa, contemplando la diferencia entre Médicos que han cumplimentado y Médicos que recibieron información pero finalmente no participaron. Esta diferencia está justificada en la libre voluntad de colaborar y las disponibilidades del servicio o jornada de trabajo de cada Médico y Centro de Salud, no siendo de influencia en los resultados finales esta variable a los efectos descriptivos del Cuestionario.

La población médica que recibió información directa acerca del pase del cuestionario, ha sido estimada en un intervalo de entre 3.000 y 5.000 médicos, en su conjunto. Ningún Médico recibió obsequio o regalo alguno por su participación voluntaria y altruista.

#### **La definición de nuevas áreas racionales. -**

De forma complementaria a las áreas racionales con las que se diseñó y elaboró la prueba, efectuamos ahora un análisis mas minucioso del Cuestionario; en todo caso debe quedar bien claro que debe evitarse caer en una falacia nominalista: las nuevas escalas cque se presentan en este trabajo, se construyeron a posteriori, a partir de los ítems ya existentes. No se diseñaron los ítems para evaluar estas escalas, sino que se aprovechan los ítems existentes para intentar cubrir objetivos o áreas racionales nuevas. En tal sentido es un error buscar un isomorfismo perfecto entre el nombre de la escala y su contenido.

De esta forma, por ejemplo, respecto al modelo biopsicosocial, a partir de los ítems ubicados en la correspondiente escala racional, cuanto menos, nos sirve como un indicador. Esta reflexión es valida para el resto de las escalas racionales diseñadas a posteriori, tras la contracción y pase de la prueba.

- **Diagnostico diferencial:**

Esta variable agrupa una serie de ítems que tienen que ver con el diagnostico , y fueron consideradas esenciales para el diagnostico diferencial.

Puntúan las concepciones correctas (respuestas No) de los siguientes ítems:

01. En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente
02. El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción
04. Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas
19. El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema

- 20. Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro
- 22. La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente
- 33. La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción

- **Satisfacción con el funcionamiento y coordinación con las Unidades de Salud Mental (USM):**

Como su nombre indica pretende recoger la opinión que los médicos de AP tienen, respecto a algunos aspectos significativos relacionados con las Unidades de Salud Mental (USM): coordinación, demanda de que los casos sean derivados directamente a las USM, consecuencias del retraso en ser atendidos por la USM, básicamente. Esta compuesta por los siguientes ítems:

- 06 La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente
- 24 Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta
- 27 La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal
- 40 La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública
- 41 La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente

Puntúan las respuestas positivas a los dos primeros ítems y las negativas a los restantes.

- **Modelo Biopsicosocial**

Esta dimensión racional pretende recoger algunos elementos que se implicarían la existencia de un modelo biopsicosocial en los médicos de atención primaria. Se evito incluir ítems relacionados mas con la importancia de la relación médico - paciente (ítems 39, 40 y 41) y aquellos que tenían mas que ver con la implicación del paciente y la familia en la terapia (ítems 13 y 14) por considerar contaminaba, mas que informaban sobre el modelo biopsicosocial. Hay que reseñar que los ítems relativos a la relación de la familia con la terapia se excluyeron igualmente por dar por sentido que la atención sanitaria llevada a cabo por los médicos de AP supone principalmente un tratamiento farmacológico. Desde esta perspectiva, la implicación de la familia en el tratamiento no se acomoda a los supuestos básicos de un modelo biopsicosocial, sino al puro pragmatismo de controlar el seguimiento de las prescripciones terapéuticas.

- 01. En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente
- 02. El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción
- 03. La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología
- 04. Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas
- 08. Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta
- 09. La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida
- 15. Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea
- 16. La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata
- 17. En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia
- 27. La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal
- 28. La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo

33. La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción  
34. Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción

- **Seguridad**

Esta variable es de especial importancia ya que pretende recoger el nivel de seguridad o confianza con que se encuentran los médicos de Atención Primaria encuestados cuando atienden casos de Salud Mental. Para su cálculo se consideran 4 ítems que no valoran conocimientos, sino simples opiniones sobre su actuación ante los casos de SM. Estos ítems son:

- 07.- Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta  
21.- Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa  
24.- Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta  
42.- El problema en salud mental es fácilmente identificable

Para su cálculo se suma las respuestas positivas a los ítems 7, 21 y 42; y las negativas al ítems 24.

Como se ha señalado en la descripción inicial de la escala, esta se elabora inicialmente para evaluar una serie de áreas que se describen en el primer Documento, el Informe Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal (Araña-Suárez, 2009), editado por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España. Por tanto nos limitamos aquí a repetir los ítems que definen cada una de las escalas.

Diagnóstico: 1, 2, 3, 4, 9, 19, 23, 34, 20, 33, 21, 22, 35, 37, 42, 43

Terapia: 8, 12, 13, 14, 15, 20, 28, 29, 30, 31, 38

Prescripción Farmacológica: 2, 9, 10, 25, 26, 18, 22, 33, 34, 28, 38, 29, 36, 30, 31, 38

(En esta escala se suprimido el ítem 36 -Los pacientes me piden una reducción de la dosis- por considerar que su respuesta no es relevante para nuestros fines

Aspectos Funcionales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 11, 24, 39, 40, 41, 15, 16, 38, 17, 27

(Esta ultima escala no se analiza en este informe, por considerarla relativamente ajena a los intereses del mismo)

### **Un comentario sobre los análisis y su lógica.**

Independientemente del recurso a los análisis factoriales, pero también, a la vista de la luz que arrojan (principalmente, el rechazar la existencia de un esquema coherente e integrado por parte de los médicos de atención primaria, o la dificultad con la que se encuentra el cuestionario para detectarlo), se opta por trabajar con las dimensiones citadas. Como esquema general de análisis se recurre a:

1.- Determinar la puntuación de los médicos de AP en las escalas racionales citadas

2.- Reflejando el comportamiento de estas escalas en las diferentes CCAA y en el conjunto de España (entendiendo por España las CCAA muestreadas consideradas conjuntamente).

3.- Valorar si la puntuación en estas escalas esta mediatizada por el género, la edad o los años de servicio.

4.- Más allá de este tipo de análisis y resultados, convertir las puntuaciones en las escalas racionales citadas en una escala de 4 puntos, representando cada uno de ellos un porcentaje equivalente al 25% de las puntuaciones correctas. A partir de esta transformación, representar las puntuaciones correspondientes para apresar las virtudes o deficiencias de los médicos de AP de cada CCAA o de España en las áreas racionales consideradas.

Desde un punto de vista metodológico solo se trabaja con aquellos cuestionarios que han sido contestados en su integridad (n = 827), pero manteniendo aquellos que tenían los datos sociodemográficos incompletos. Sin embargo, en algún momento se puede citar una cantidad sustancialmente mayor (1654). Ello se debe a que, con la intención de mostrar lo que ocurría en la cada CCAA en relación a la muestra total (España), se duplicaron los datos asignado los datos repetidos a España (definida como una CCAA en el fichero de datos).

Los análisis estadísticos son simples y repetitivos, básicamente para el punto 1 (determinar la puntuación media de cada CCAA y las posibles diferencias inter CCAA) se recurre a Anovas, para valorar la influencia de otras variables se recurre a análisis de covarianza. Se ha optado por un análisis preferentemente visual donde quede mas claro y evidente lo que nos interesa (frente a la búsqueda de elementos "estadísticamente significativos" que puedan tener un valor real menos claro).

Por ello hemos optados por dos tipos de gráficos para resumir los datos (conjuntamente con las inevitables tablas numéricas): Los diagramas de Caja-Bigotes (boxplots o box and whiskers) (a los que llamaremos diagramas de caja) y los diagramas de barras (para mostrar las puntuaciones medias y las desviaciones típicas). Consideramos que se complementan, ya que los diagramas de cajas nos hablan sobre la distribución de cada característica Los diagramas de cajas y bigotes<sup>2</sup> son representaciones gráficas de una distribución estadística unidimensional -muy robustas ya que se basan en el orden- en las que se reflejan cinco parámetros: límite inferior, primer cuartil, mediana, tercer cuartil y límite superior. A partir de estos cinco parámetros se pueden obtener fácilmente otros dos: el rango y el rango intercuartílico<sup>3</sup>.

Además, también dan una medida de la simetría o asimetría de la distribución, del sesgo y de la dispersión. Nos da además información sobre la existencia de casos atípicos (puntuaciones extremas) que pueden distorsionar a la media y desviación típica pero que consideramos de interés. Estas características para estudiar la distribución hacen que sean muy adecuadas para comparar diferentes grupos (CCAA en nuestro caso).

A continuación detallamos los resultados obtenidos para cada una de las variables consideradas.

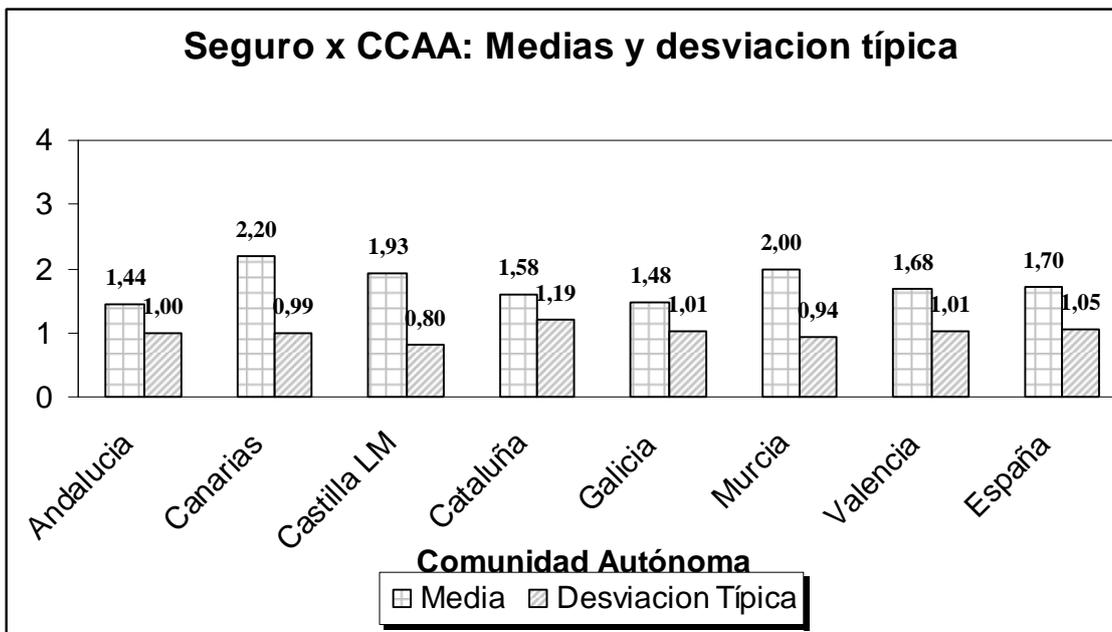
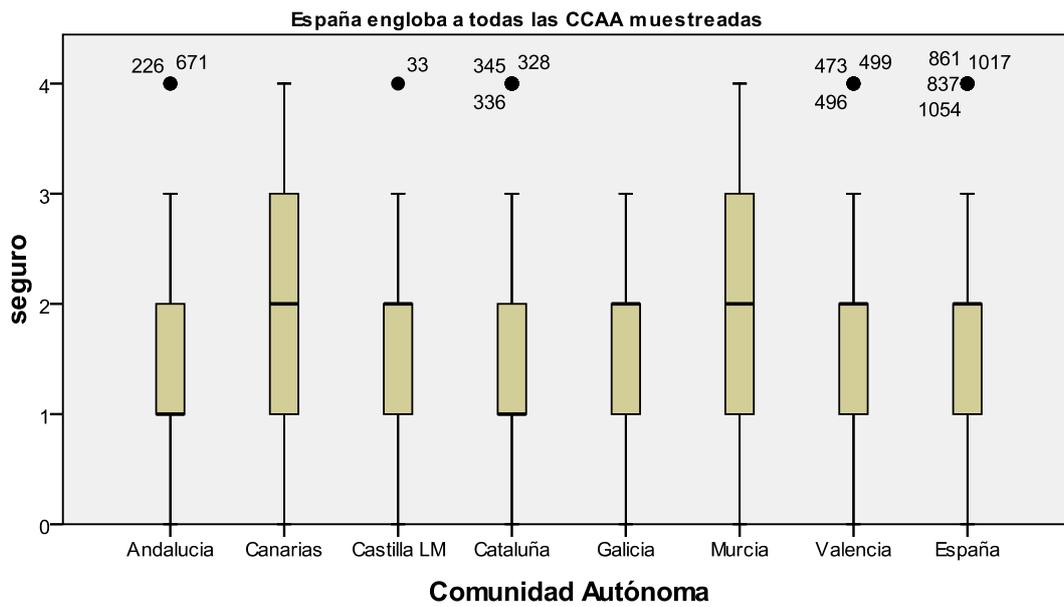
## ESTUDIO DE LA VARIABLE SEGURIDAD – CONFIANZA DE LOS MÉDICOS DE AP ANTE LOS PROBLEMAS DE

---

<sup>2</sup> Técnicamente la caja reúne el 50% de los datos, con el valor de la mediana representado por la línea horizontal que divide (marca mas fuerte en algunas casos) la caja. El límite inferior de la caja corresponde al percentil 25 de la muestra y el límite superior al percentil 75. La línea que se extiende hacia abajo y hacia arriba de cada caja marca el rango de los valores máximos y mínimos comprendidos entre la diferencia del valor de la mediana y 1,5 veces el valor intercuartil (rango comprendido entre los percentiles 75 y 25).

<sup>3</sup> Hay hacer notar que los bigotes (las líneas que salen de las cajas) alcanzan un valor máximo de 1,5 veces el rango intercuartílico. Sin embargo, en el Spss este valor es de 2 (no de 1,5). Es decir, reduce de forma injustificada el número de casos atípicos.

**Diagrama de Cajas:  
Seguro por Comunidades Autónomas**



Mostramos aquí el diagrama de cajas correspondiente a cada una de las CCAA y a todas ellas en su conjunto (España).

Como se ve con claridad, la mayor incertidumbre frente a los pacientes con problemas de salud mental se aprecia en Andalucía y Cataluña, en tanto que para las restantes CCAA se da una mayor autoconfianza, que sin embargo se muestra claramente insuficiente (salvo en Canarias y Murcia prácticamente ningún encuestado alcanza la puntuación máxima en esta variable).

En estas dos CCAA existe una alta ambivalencia (dispersión) respecto la seguridad manifestada por los médicos de AP, si bien son los que parecen más confiados en su capacidad.

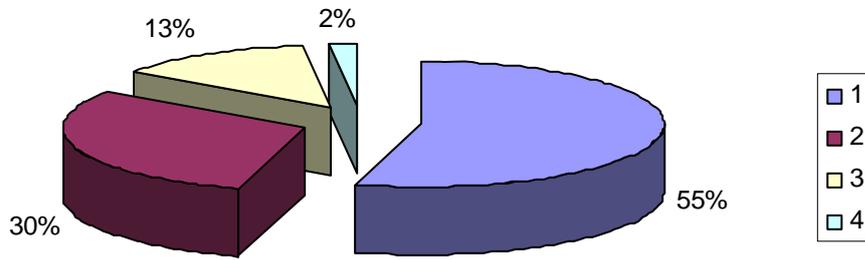
De forma mas evidente se ve el grado de seguridad en la siguiente tabla, donde se ha convertido la escala original en una de solo 4 puntos. Cada punto equivale al 25% de los médicos considerados (en cada CCAA o en España en su conjunto –considerando que esta está definida por las CCAA consideradas)

<b>Seguridad, confianza frente a los casos de SM (escala de 4 puntos x CCAA)</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>Total</b>
<b>Andalucía</b>	85	47	21	3	156
	54,5%	30,1%	13,5%	1,9%	100,0%
<b>Canarias</b>	29	34	36	9	108
	26,9%	31,5%	33,3%	8,3%	100,0%
<b>Castilla LM</b>	27	41	21	1	90
	30,0%	45,6%	23,3%	1,1%	100,0%
<b>Cataluña</b>	99	42	22	17	180
	55,0%	23,3%	12,2%	9,4%	100,0%
<b>Galicia</b>	46	50	15	0	111
	41,4%	45,0%	13,5%	,0%	100,0%
<b>Murcia</b>	13	22	12	2	49
	26,5%	44,9%	24,5%	4,1%	100,0%
<b>Valencia</b>	64	41	22	6	133
	48,1%	30,8%	16,5%	4,5%	100,0%
<b>España</b>	363	277	149	38	827
	43,9%	33,5%	18,0%	4,6%	100,0%

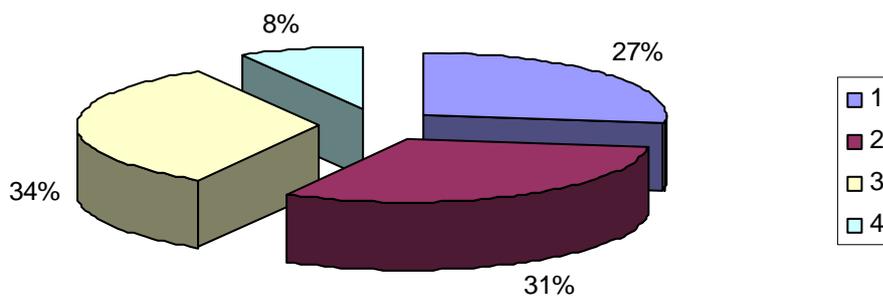
En negrita los valores con mayor porcentaje. España agrupa a todas la CCAA muestreadas

Si representamos esta tabla para cada CCAA independientemente, los resultados saltan a la vista.

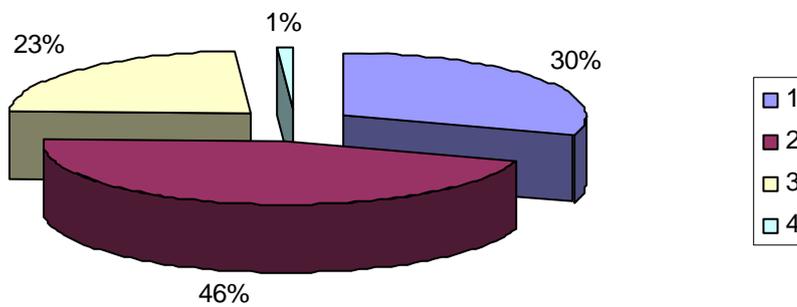
**Confianza en los casos de SM en Andalucía**



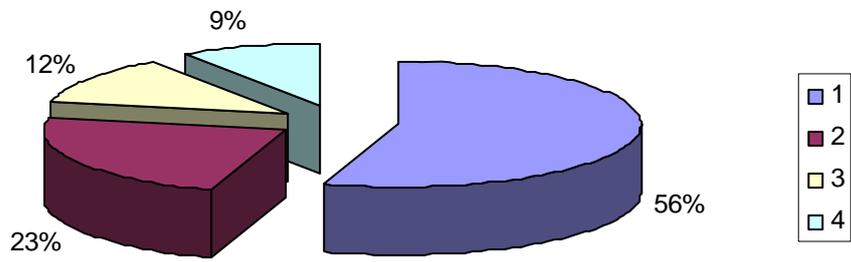
**Confianza en los casos de SM en Canarias**



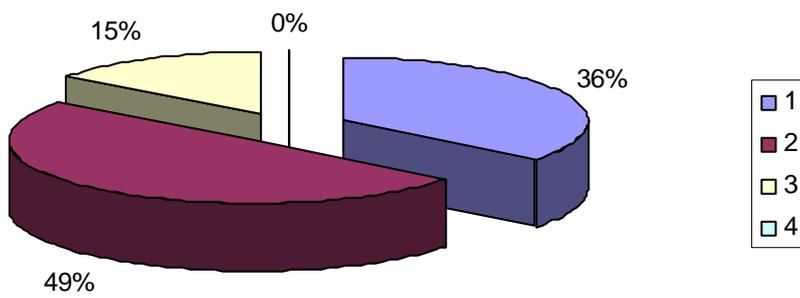
**Confianza en los casos de SM en Castilla LM**



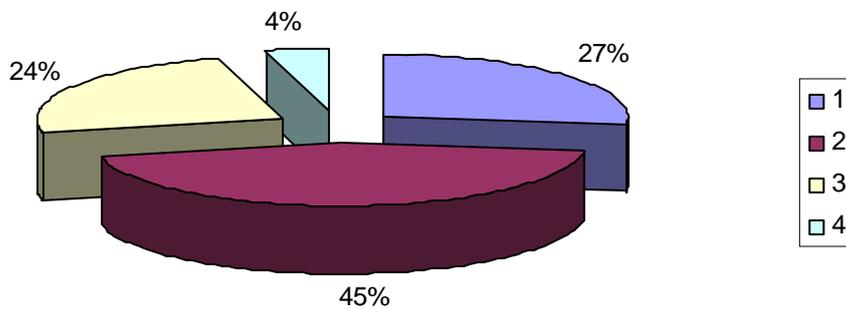
Confianza en los casos de SM en Cataluña

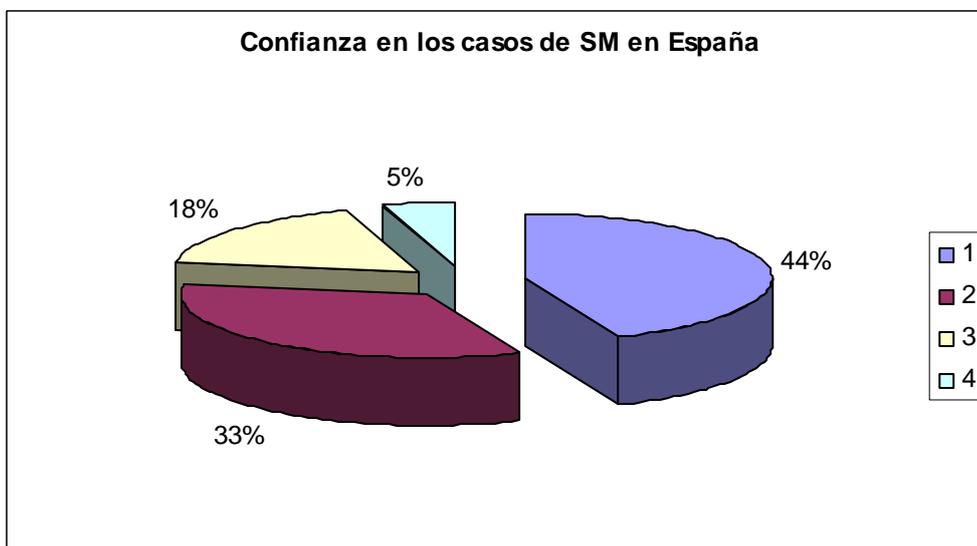
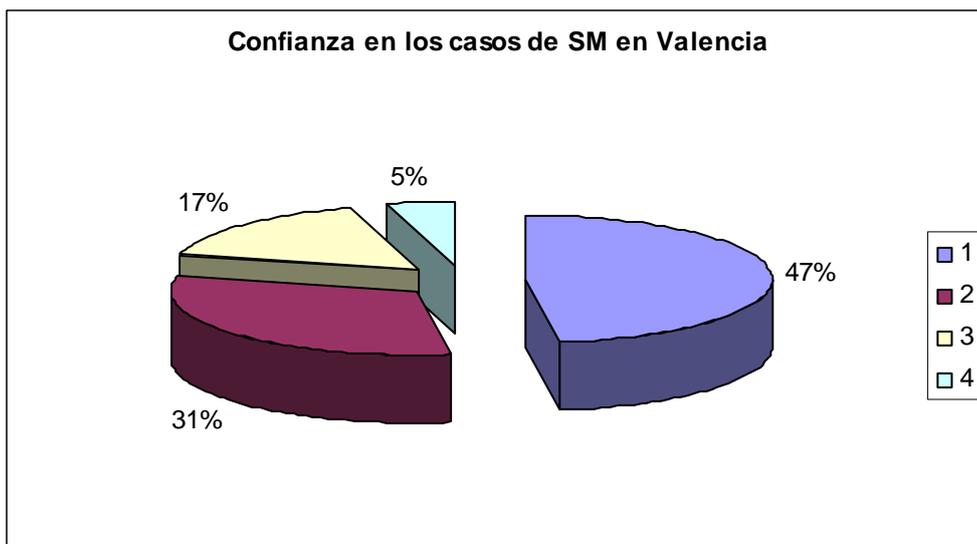


Confianza en los casos de SM en Galicia



Confianza en los casos de SM en Murcia





Un análisis global de lo que ocurre en todas las CCAA tomadas conjuntamente (lo que entendemos en este informe por España) refleja que mayoritariamente los médicos de AP no se encuentran a gusto tratando temas de SM: casi 2 de cada 4 están muy inseguros (puntuación 1), menos del 75% se muestra moderadamente seguro (puntuación 2).

Con muy ligeros matices estos resultados se generalizables a todas las CCAA. Como ya adelantamos con los diagramas de cajas, las peor paradas son Andalucía y Cataluña, donde el 55% están muy incómodos / inseguros con los temas de SM, y la mejor, Canarias. En esta comunidad apenas 1 de cada 4 profesionales se muestra muy inseguro. Y solo el 50% moderadamente seguro. Murcia tiene una situación un tanto particular. La puntuación mas frecuente es 2 (el 45% de los médicos), indicando una actitud mas relajada frente a los problemas de salud mental. Pero al final casi el 70% indican una seguridad moderada. En su conjunto, esta CCAA no es diferente al conjunto de España que resume perfectamente lo que ocurre en todas las CCAA sondeadas.

Consideramos igualmente importante **determinar en que medida esa seguridad esta mediatizada por tres aspectos: los años de servicio, la edad y el género.** Si bien la edad y los años de servicio pueden parecer similares (a mayor edad, son esperables mas años de servicio, y viceversa), sin embargo no creemos que sean equivalentes. Así, puede ocurrir que los médicos mas jóvenes tengan una mejor formación en temas de salud mental (en buena

medida como consecuencia de los planes de estudio mas actuales e interesados por el tema) o, muy al contrario, sean los que tienen mas años de servicio los mas curtidos en estos temas.

Para ellos realizamos dos análisis complementarios: **una correlación entre ambas variables** (para ver el grado de solapamiento entre ambas) y una **Ancova** (para ver en que medida la seguridad depende de los años de servicio y/o de la edad). Para el Ancova, se introduce también como posible covariable el género.

El primero de ellos indica la **falta de equivalencia de la edad y los años de servicio** ( $r_{xy} .30$   $p < .0009$ ,  $n = 737$ ). El segundo ratifica esta postura a través de la demostración de que **los años de servicio afectan al nivel de seguridad**. La edad no parece pertinente. Además, existen diferencias en estas variables atendiendo a las CCAA

**Ancova: Un factor (Seguridad)  
y dos covariantes (edad y años de servicio)**

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>Corrected Model</b>	60,570 <sup>a</sup>	8	7,571	7,241	,000
	320,865	1	320,865	306,883	,000
<b>Años de servicio</b>	9,222	1	9,222	8,821	,003
Edad	,558	1	,558	,534	,465
<b>CCAA</b>	53,952	6	8,992	8,600	,000
Error	781,032	747	1,046		
Total	2965,000	756			
Corrected Total	841,602	755			

a. R Squared = ,072 (Adjusted R Squared = ,062)

**ANOVA para la variable seguridad – confianza  
en los casos de SM para las CCAA y España**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	55,088	7	7,870	7,280	,000
Within Groups	1779,369	1646	1,081		
Total	1834,457	1653			

El Anova correspondiente indica la existencia de diferencias significativas entre las diferentes CCAA. La prueba de homogeneidad de varianzas fue rechazada, por lo que la comparaciones múltiples se llevaron a cabo mediante el método T2 de Tamhane (este método se empleo siempre que se dio esta circunstancia)

**Test de homogeneidad de varianzas**  
**Seguridad confianza ante los casos de SM x CCAA**

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5,991	6	820	,000

Anova: Resumen de las comparaciones múltiples				
Confianza casos SM	N	Media	Desviación Típica	Comparaciones significativas (al menos con p < .05) respecto a
Canarias	108	2,20	,993	Andalucía, Castilla LM, Galicia, Valencia, España
Murcia	49	2,00	,935	Andalucía
Castilla LM	90	1,93	,804	Andalucía, Galicia
España	827	1,70	1,054	Canarias
Valencia	133	1,68	1,012	Canarias
Cataluña	180	1,58	1,191	Canarias, Castilla LM
Galicia	111	1,48	1,008	Andalucía
Andalucía	156	1,44	1	Canarias, Castilla LM, Murcia

Se han ordenado las CCAA de mayor a menos puntuación en la variable objeto de estudio

Canarias y Murcia tienen los médicos más seguros, frente a Andalucía y Galicia donde encontramos a los más reticentes a abordar problemas de salud mental.

Resumiendo, a excepción de Canarias y Murcia, en torno al 75% de los médicos no se muestran muy seguros o confiados (puntuación inferior o igual a 2 sobre 4) cuando tratan temas de SM. La mediana nunca supera esta puntuación, llegando a ser inferior en dos comunidades (Andalucía y Cataluña).

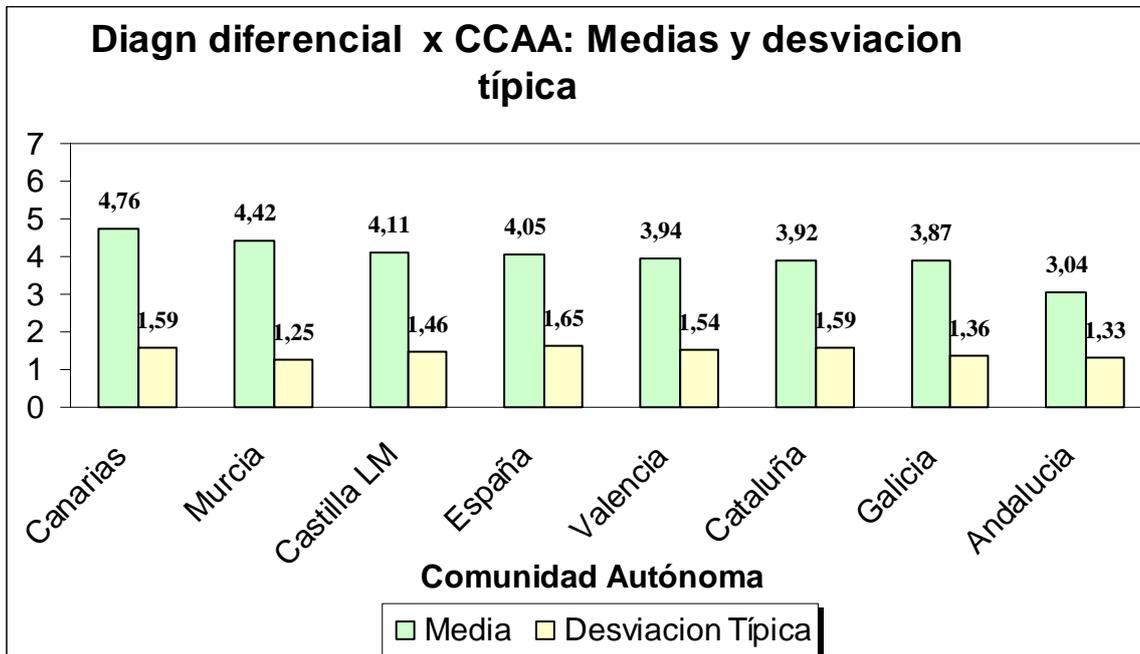
Esta incomodidad es posible que este estrechamente relacionada con sus problemas de formación. Un examen tentativo de los currículum formativo de los médicos en esta área indicaría el escaso peso de la Salud Mental en los planes de estudio de las universidades españolas, así como en el periodo de especialización MIR.

## ESTUDIO DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En lo que se refiere en prestar la debida atención a todos los aspectos implicados en el **diagnostico diferencial** (valor máximo 7), en general no se toman las debidas precauciones a la hora de valorar los diferentes aspectos que orientan hacia un diagnostico correcto y certero, no descartándose con rigor posibles trastornos alternativos o comórbidos.

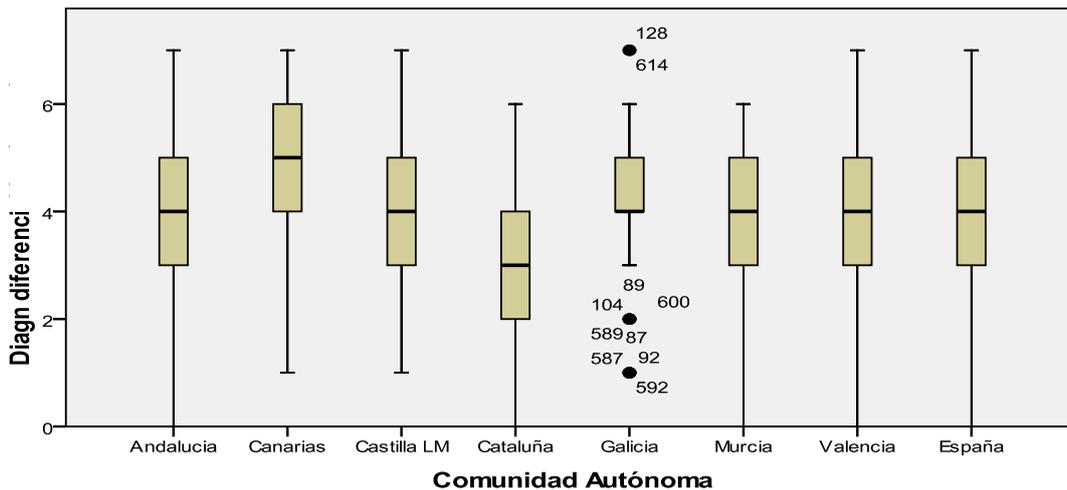
A priori, tanto los valores medios como los diagramas de cajas indican que nuevamente son Canarias y Murcia los que prestan mas atención al diagnostico diferencial, pero aun así esta situación denota insuficiencias generalizadas incluso

para estas dos CCAA. La situación se agrava para Andalucía, en tanto que el resto de las CCAA muestran niveles de atención al diagnóstico diferencial similares entre si.



**Diagrama de Cajas:**  
**Diagnóstico diferencial por CCAA**

**España engloba a todas las CCAA muestreadas**



En general, se observa un patrón muy claro en todas las CCAA, perfectamente resumido en España: una mediana de 4, similar para todas las CCAA (lo que ya de por si indica un patrón común, recuérdese que la mediana es la puntuación que divide al conjunto de puntuaciones)

### Diagnóstico diferencial x CCAA (escala de 4 puntos)

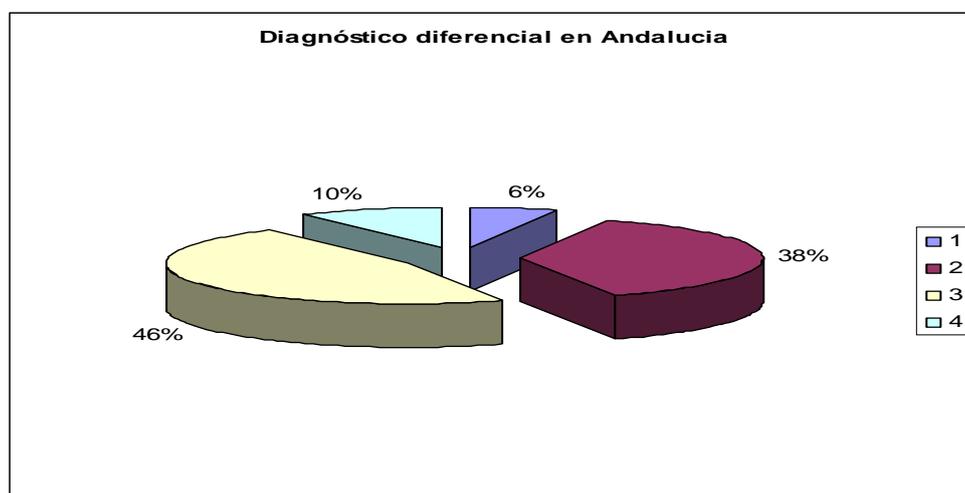
	1	2	3	4	Total
<b>Andalucía</b>	9 5,8%	59 37,8%	73 46,8%	15 9,6%	156 100,0%
<b>Canarias</b>	1 ,9%	25 23,1%	42 38,9%	40 37,0%	108 100,0%
<b>Castilla LM</b>	5 5,6%	19 21,1%	49 54,4%	17 18,9%	90 100,0%
<b>Cataluña</b>	20 11,1%	85 47,2%	71 39,4%	4 2,2%	180 100,0%
<b>Galicia</b>	4 3,6%	15 13,5%	71 64,0%	21 18,9%	111 100,0%
<b>Murcia</b>	4 8,2%	12 24,5%	26 53,1%	7 14,3%	49 100,0%
<b>Valencia</b>	8 6,0%	41 30,8%	58 43,6%	26 19,5%	133 100,0%
<b>España</b>	51 6,2%	256 31,0%	390 47,2%	130 15,7%	827 100,0%

en dos mitades, al 50%), junto con una alta variabilidad de respuestas (amplitud de las colas), pero con un predominio a obviar los problemas relacionados con el diagnóstico diferencial (la cola inferior es mas grande que la superior).

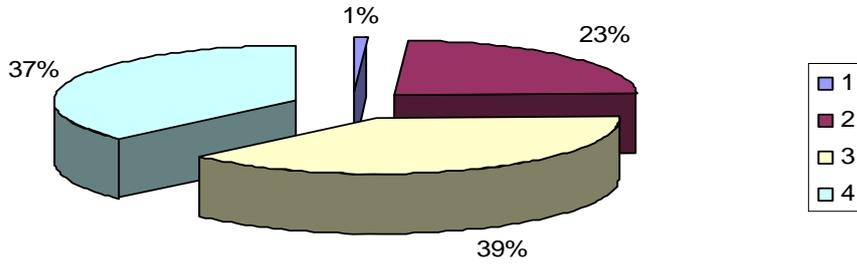
A este patrón general solo escaparía Galicia, fundamentalmente porque todos los

En negrita los valores con mayor porcentaje. España agrupa a todas la CCAA muestreadas médicos actúan de forma muy similar, que no correcta.

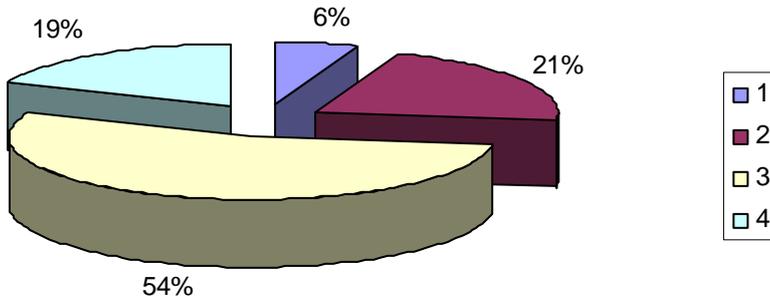
Por tanto alta variabilidad con un uso incorrecto respecto a los planteamientos que requiere un análisis diferencial objetivado. Canarias parece ser la CCAA donde se tiene más en cuentas los posibles diagnósticos alternativos del paciente, mientras que en Cataluña se da la situación contraria



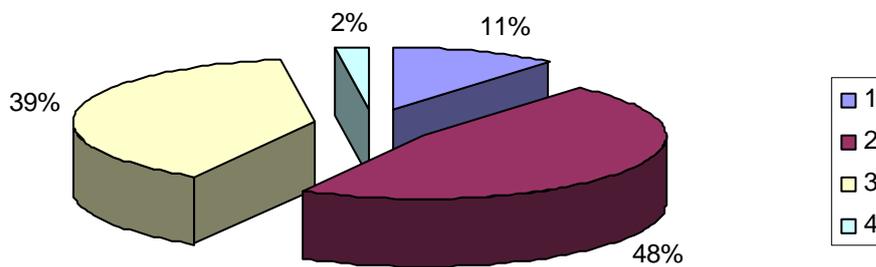
**Diagnóstico diferencial en Canarias**



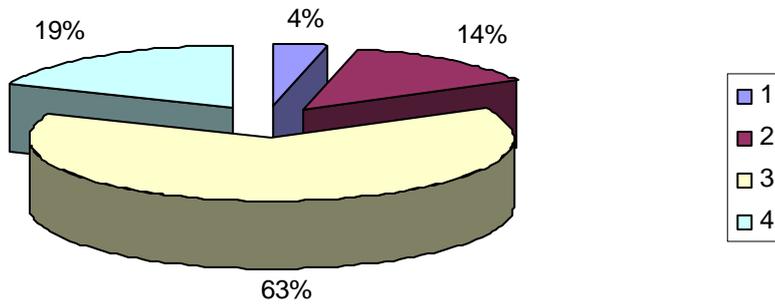
**Diagnóstico diferencial en Castilla LM**



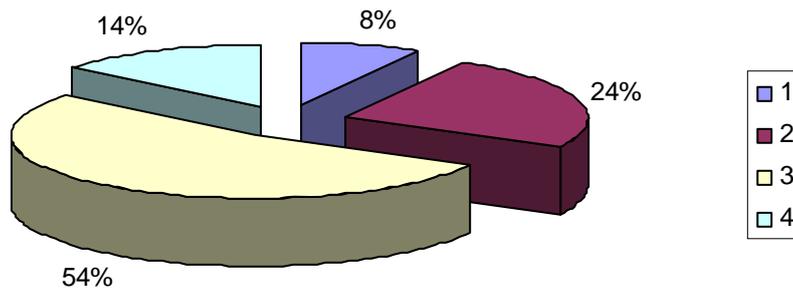
**Diagnóstico diferencial en Cataluña**



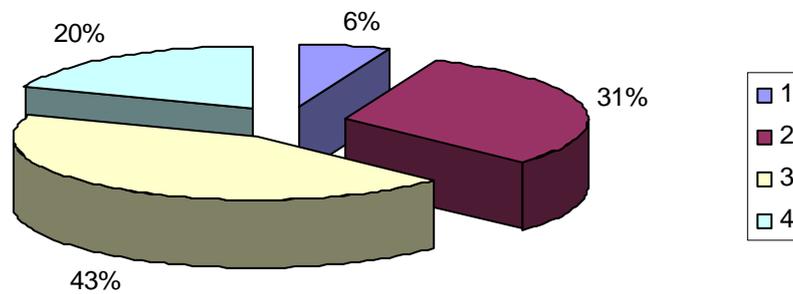
**Diagnóstico diferencial en Galicia**

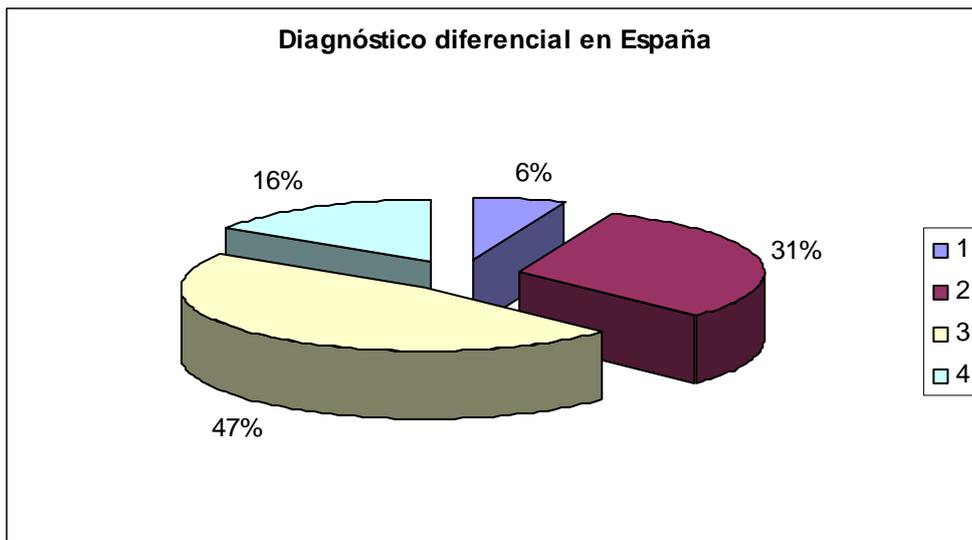


**Diagnóstico diferencial en Murcia**



**Diagnóstico diferencial en Valencia**





Respecto a las graficas anteriores, donde transformamos la puntuación en una escala de 4 puntos, comentar que la fuerza del patrón descrito previamente se traduce en un esquema muy similar para cada CCAA.

La mayoría de los médicos hacen un uso moderadamente correcto del diagnostico diferencial destacando a la baja situación de Cataluña; aunque, en todo caso, los análisis anteriores con las puntuaciones directas (sin transformar) son más sensibles y clarificadores de la situación real, y reflejan un panorama ligeramente más pesimista.

Pese a los resultados anteriores, con el objeto de **descartar el efecto de posibles covariables que entre el diagnostico diferencial inadecuado en las distintas CCAA, se contrasto esta posibilidad.**

**Se plantearon 3 posibles covariables: Género, edad y años de servicio.** Es correcto considerar el género los años de servicio como covariables, pero no así la edad. Sin embargo, el valor de R2 es ínfimo (0,073).

Pese a ello se calculo una nueva variable, basándose en residuos tras aplicación de la regresión. La relación entre esta nueva variable (que pretende neutralizar los efectos del genero y de los años de servicio sobre el diagnostico diferencial) es casi perfecta (0.98).

Ante la semejanza entre ambas variables, se considera que no vale la pena este proceso de depuración (ni por consiguiente repetir los análisis tendentes a determinar el nivel de el diagnostico diferencial).

Este resultado (escaso valor predictivo y semejanza entre las variables dependiente y la generada tras la regresión correspondiente) esta presente en todos las demás variables consideradas (modelo biopsicosocial, confianza en USM, satisfacción en casos de SM, Modelo biopsicosocial, Diagnostico, Terapia y prescripción farmacológica).

Por ello se mantuvo en todos los casos el uso de las variables puntuaciones directamente obtenidas a través de las respuestas de los Médicos de AP.

Ancova: Diagnóstico diferencial por CCAA con el género, la edad y los años de servicio como covariantes.

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	233,045 <sup>a</sup>	10	23,304	10,640	,000
	1829,191	1	1829,191	835,123	,000
Edad	,008	1	,008	,004	,952
Años de servicio	18,690	1	18,690	8,533	,004
Género	11,351	1	11,351	5,182	,023
CCAA	171,555	7	24,508	11,189	,000
Error	2981,034	1361	2,190		
Total	23426,000	1372			
Corrected Total	3214,079	1371			

a. R Squared = ,073 (Adjusted R Squared = ,066)

ANOVA: : Diagnóstico diferencial por CCAA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Diagn diferencial Between Groups	249,796	7	35,685	15,963	,000
Within Groups	3679,665	1646	2,236		
Total	3929,461	1653			

Diagnóstico diferencial por CCAA: comparaciones múltiples

CCAA	N	Media	Desviación Típica	Comparaciones significativas respecto a
Canarias	108	4,76	1,588	Andalucía, Cataluña, España
Galicia	111	4,42	1,247	Andalucía, Cataluña, España
Castilla LM	90	4,11	1,457	Canarias
Valencia	133	4,05	1,653	Canarias, Cataluña
España	827	3,94	1,542	Canarias, Cataluña
Murcia	49	3,92	1,592	Canarias, Cataluña
Andalucía	156	3,87	1,364	Canarias, Cataluña, Galicia
Cataluña	180	3,04	1,326	Todas la CCAA y España

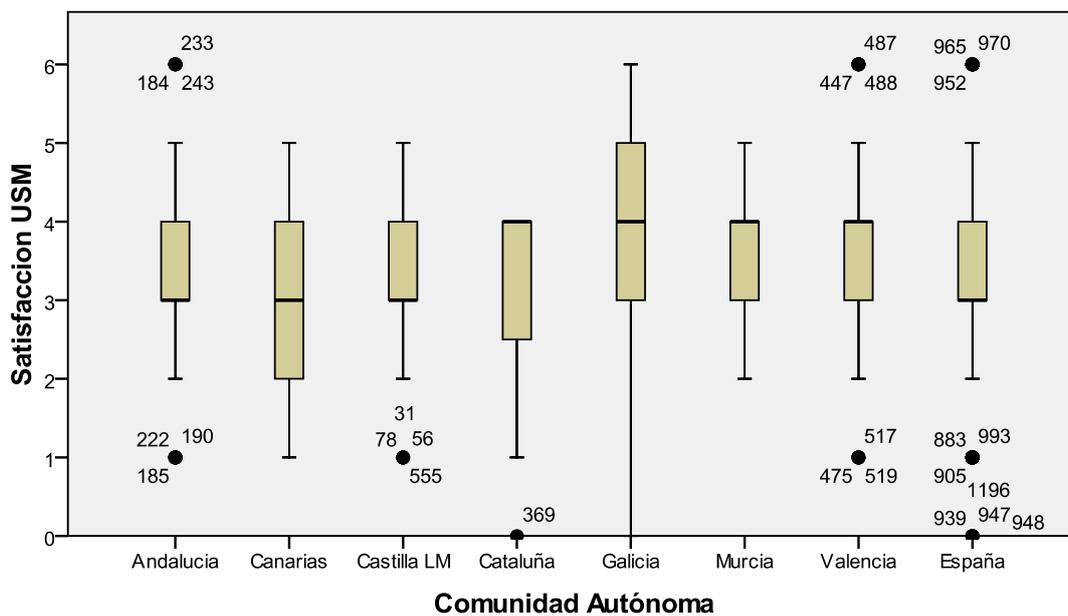
De este análisis se desprenden conclusiones similares a las ya comentadas, estableciendo únicamente un gradiente en relación al uso adecuado del diagnóstico diferencial entre las diferentes CCAA. Señalar que, si bien los años de servicio y el género afectan a esta y otras áreas racionales, su escasa importancia no parece justificar un tratamiento diferencial en función de los años de servicio o el género de médicos de AP

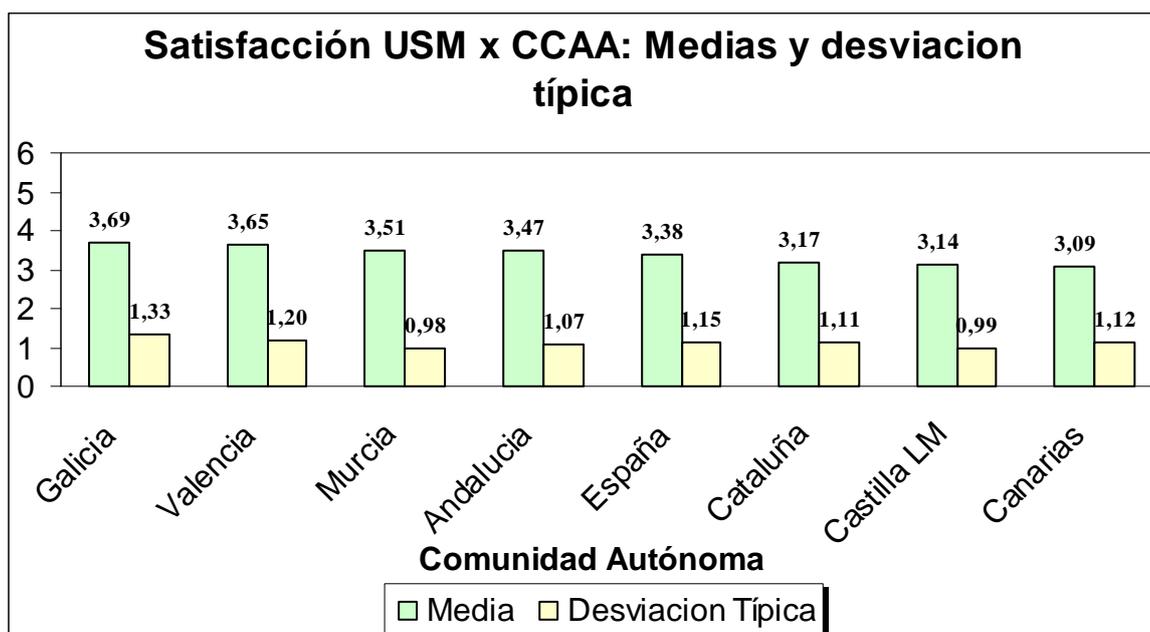
## ESTUDIO DE LA VARIABLE SATISFACCION CON LAS USM.

Nuevamente comenzamos esta análisis con un enfoque eminentemente gráfico, pasar finalmente a un contraste de las diferencias entre las diferentes CCAA en esta variables.

### Diagrama de Caja: Satisfacción con USM por CCAA

**España engloba a todas las CCAA muestreadas**





En esta ocasión se observa un patrón de una gran unanimidad respecto a la relación entre los médicos de AP y su coordinación con las USM, con una mediana y media situada entre 3 y 4. Por tanto una satisfacción media en su conjunto, pero con una gran unanimidad en esta consideración.

Más allá de este consenso destacar que Galicia siendo la CCAA más satisfecha con la coordinación con las USM tiene el menor grado de consenso. Es decir, existen muchos médicos de AP que discrepan sobre este punto.

Algo similar ocurre en Canarias, que se sitúa entre las CCAA que peor salen paradas en este tipo de análisis. Los catalanes, que se sitúan en una posición media destacan por la ausencia de personas muy satisfechos con la coordinación con las USM.

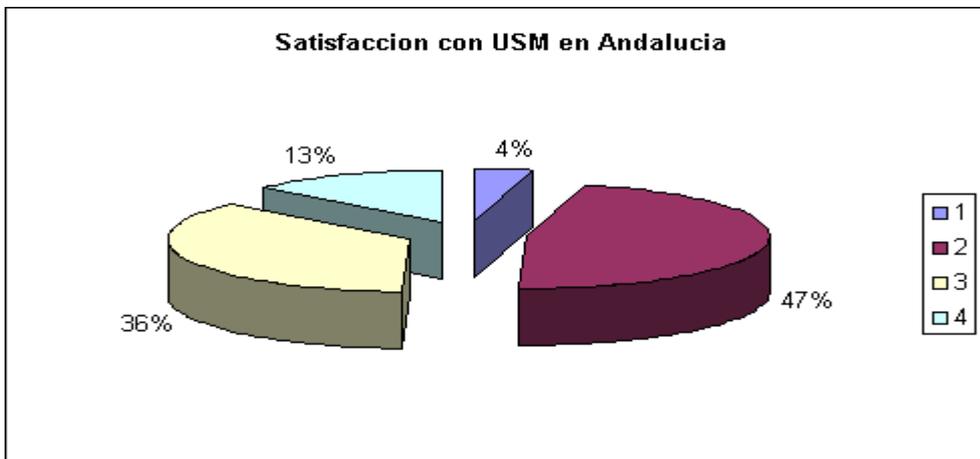
Un último comentario relativo en esta ocasión a lo que ocurre en Canarias, contrasta fuertemente que siendo una CCAA que sale bien en casi todas las áreas (tendría por tanto una buena actitud y formación ante la SM) presente sin embargo problemas de coordinación con las USM.

A continuación presentamos la agrupación de esta variable en una escala de 4 puntos, su distribución por punto y CCAA y las gráficas correspondientes.

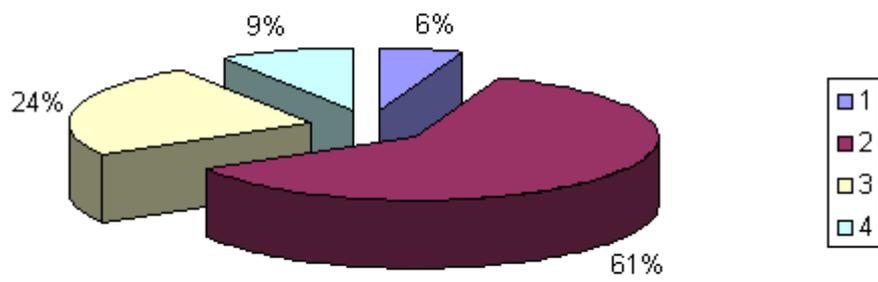
Satisfacción USM x CCAA (escala de 4 puntos)					
	1	2	3	4	Total
Andalucía	6	73	56	21	156
	3,8%	46,8%	35,9%	13,5%	100,0%
Canarias	10	60	26	12	108

	9,3%	55,6%	24,1%	11,1%	100,0%
<b>Castilla LM</b>	5	55	22	8	90
	5,6%	61,1%	24,4%	8,9%	100,0%
<b>Cataluña</b>	25	54	101	0	180
	19,3%	30,0%	56,1%	,0%	100,0%
<b>Galicia</b>	5	45	30	31	111
	4,5%	40,5%	27,0%	27,9%	100,0%
<b>Murcia</b>	0	23	18	8	49
	,0%	46,9%	36,7%	16,3%	100,0%
<b>Valencia</b>	5	49	48	31	133
	3,8%	36,8%	36,1%	23,3%	100,0%
<b>España</b>	56	359	301	111	827
	13,0%	43,4%	36,4%	13,4%	100,0%

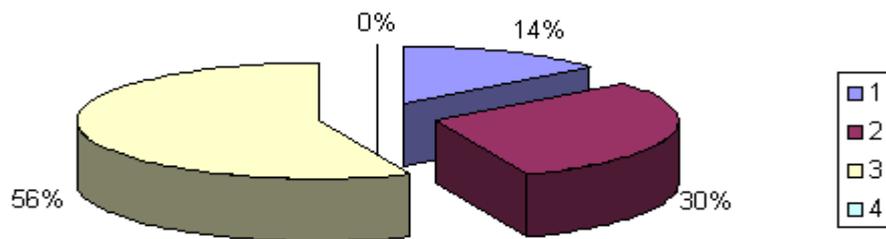
En negrita los valores con mayor porcentaje. España agrupa a todas la CCAA muestreadas



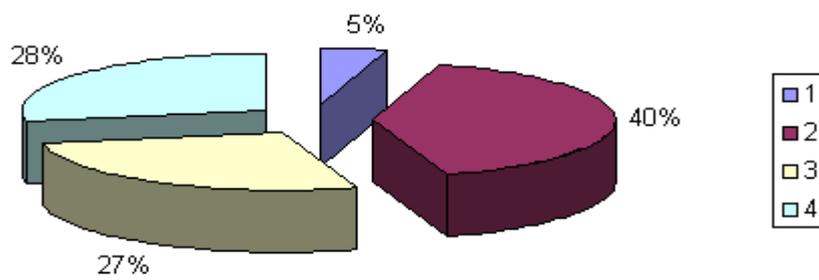
Satisfaccion con USM en Castilla LM



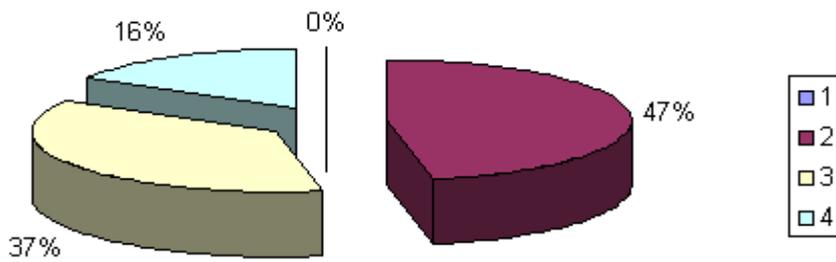
Satisfaccion con USM en Cataluña



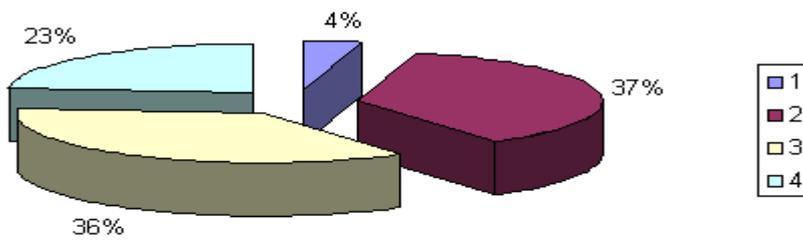
Satisfaccion con USM en Galicia



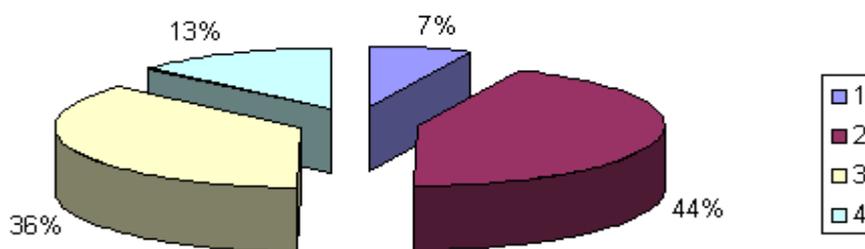
**Satisfacción con USM en Murcia**



**Satisfacción con USM en Valencia**



**Satisfacción con USM en España**



Como se aprecia nuevamente la satisfacción es media: el punto con mayor porcentaje en todas las CCAA es 2 (la mitad de la escala propuesta), con la excepción de Cataluña que destaca ligeramente en esta escala. Sin embargo, ningún medico de AP catalán da un 100% de aprobación a la coordinación con las USM; aspecto este que esta

presente en otras CCAA. Valencia tiene también sus particularidades: no hay diferencias en el volumen de los médicos moderadamente satisfechos (puntuación 2) y los satisfechos (puntuación 3). En torno al 36% en ambos casos.

La posible consideración del género, la edad y los años de servicio para esta variables arroja nuevamente resultados dispares: Los años de servicio no parecen afectan al nivel de satisfacción con la USM; pero si el género y la edad. Sin embargo, nuevamente R2 es mínimo (0,040). Se trata por tanto de una relación estadísticamente significativa pero poco relevante en el mundo real.

**Ancova: Satisfacción USM por CCAA con el género, la edad y los años de servicio como covariantes.**

**Tests of Between-Subjects Effects**

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	70,241 <sup>a</sup>	10	7,024	5,674	,000
	1135,580	1	1135,580	917,357	,000
edad	22,051	1	22,051	17,814	,000
Años servicio	2,542	1	2,542	2,053	,152
Sexo	5,398	1	5,398	4,361	,037
CCAA	19,807	7	2,830	2,286	,026
Error	1684,759	1361	1,238		
Total	17218,000	1372			
Corrected Total	1755,000	1371			

a. R Squared = ,040 (Adjusted R Squared = ,033)

Las comparaciones múltiples oportunas indican lo ya apuntado. Una opinión muy similar en todas las CCAA, destacando la aprobación de Galicia y Valencia y la desaprobación de Castilla La Mancha y Canarias.

**Test de Homogeneidad de varianzas**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Satisfacción USM	1,961	7	1646	,057

<b>Comparaciones múltiples: Satisfacción USM x CCAA</b>				
CCAA	N	Media	Desviación Típica	Comparaciones significativas respecto a
Galicia	111	3,69	1,327	Canarias
Valencia	133	3,65	1,200	Canarias, Castilla LM, Cataluña
Murcia	49	3,51	,982	---
Andalucía	156	3,47	1,068	---
España	827	3,38	1,150	---
Cataluña	180	3,17	1,111	Galicia, Murcia

Castilla LM	90	3,14	,989	Galicia, Valencia
Canarias	108	3,09	1,115	Galicia, Valencia

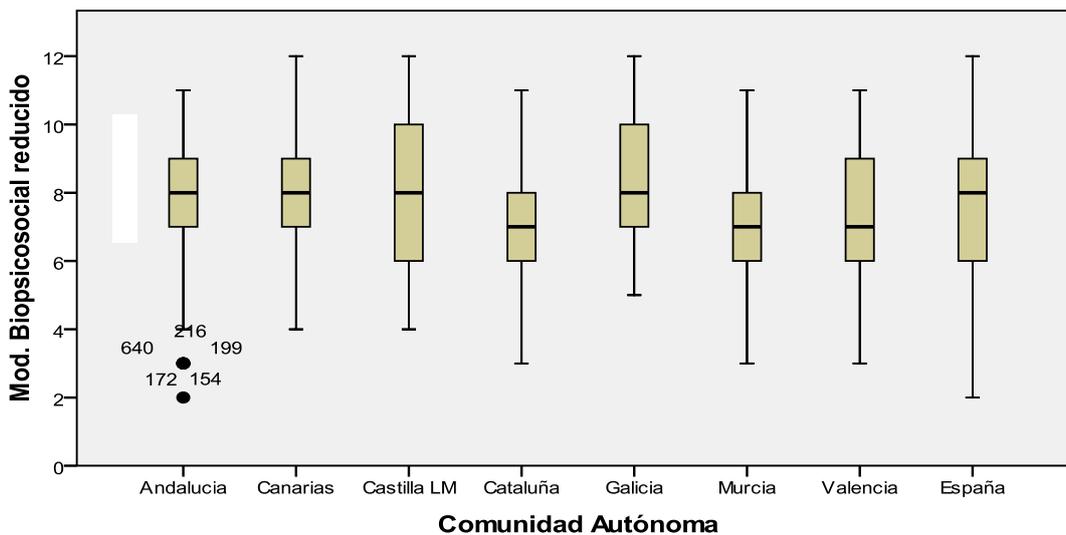
Se han ordenado las CCAA de mayor a menor.

## Estudio de la variable Modelo biopsicosocial

Recordemos a efectos de evitar la falacia nominalista, como la prueba no se construyo con el fin de evaluar un Modelo Biopsicosocial, surgiendo esta escala a posteriori.

### Diagrama de cajas: Modelo Biopsicosocial reducido por CCAA

#### España engloba a todas las CCAA muestreadas

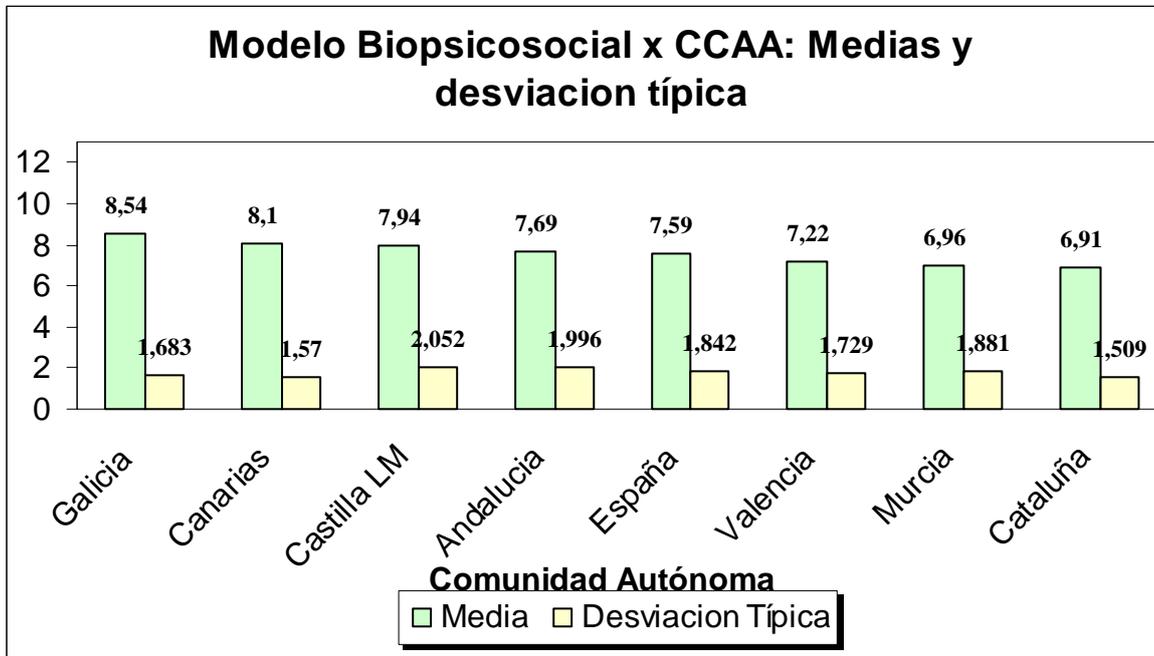


La puntuación máxima en esta variable es de 13, la media de todas las CCAA es de 7,6. Si fuera un examen, diríamos que nos quedamos con un aprobado (5,8 en una escala de 10 puntos).

Atendiendo a la mediana encontramos dos grupos de CCAA: Andalucía, Canarias, Castilla LM y Galicia, con una mediana de 8 (que representa también la posición global de España) y el resto de CCAA (Cataluña, Murcia y Valencia) con una mediana algo inferior.

Los más alejados de este modelo son los catalanes, murcianos y valencianos, por ese orden. Los más afines, gallegos, canarios y castellanos. Sin embargo, Andalucía debería estar en este segundo grupo.

Cuenta con una mediana alta y una relativamente baja dispersión de puntuaciones, pero quizás la media penalice demasiado la presencia de valores atípicos muy alejado del modelo biopsicosocial.

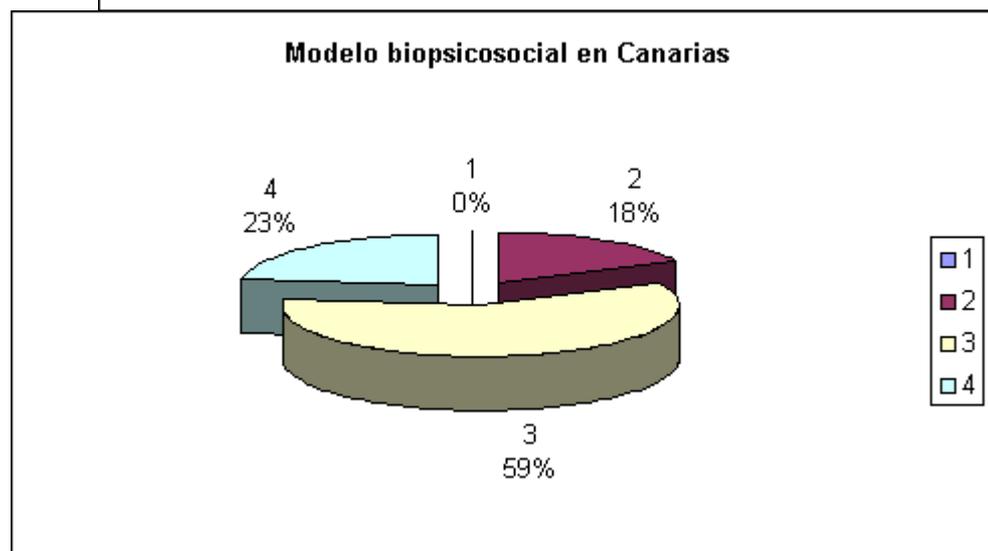
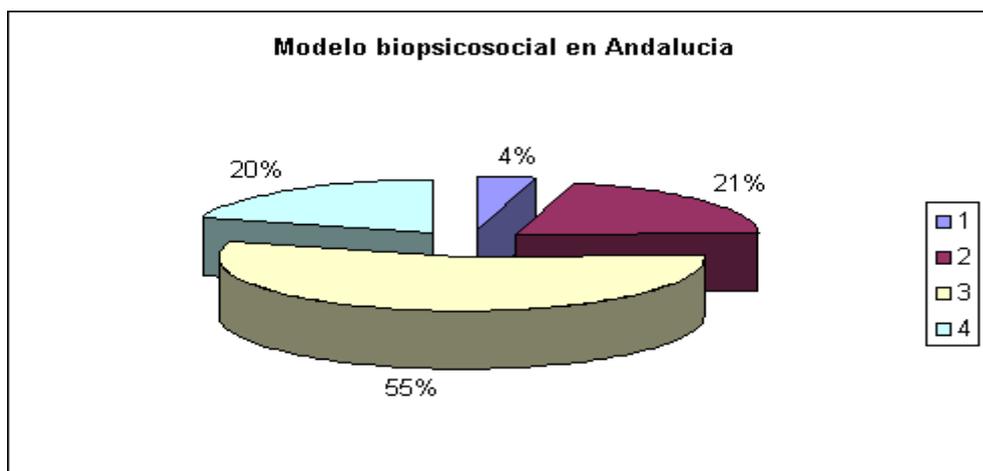


**Mod. Biopsicosocial x CCAA (escala de 4 puntos)**

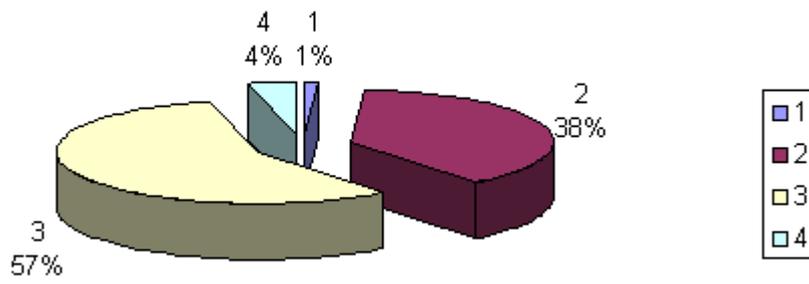
	1	2	3	4	Total
<b>Andalucía</b>	6 3,8%	32 20,5%	87 55,8%	31 19,9%	156 100,0%
<b>Canarias</b>	0 0,0%	19 17,6%	64 59,3%	25 23,1%	108 100,0%
<b>Castilla LM</b>	0 0,0%	25 27,8%	42 46,7%	23 25,6%	90 100,0%
<b>Cataluña</b>	2 1,1%	69 38,3%	102 56,7%	7 3,9%	180 100,0%
<b>Galicia</b>	0 0,0%	12 10,8%	64 57,7%	35 31,5%	111 100,0%
<b>Murcia</b>	2 4,1%	18 36,7%	26 53,1%	3 6,1%	49 100,0%

Valencia	3	44	75	11	133
	2,3%	33,1%	56,4%	8,3%	100,0%
España	13	219	460	135	827
	1,6%	26,5%	55,6%	16,3%	100,0%

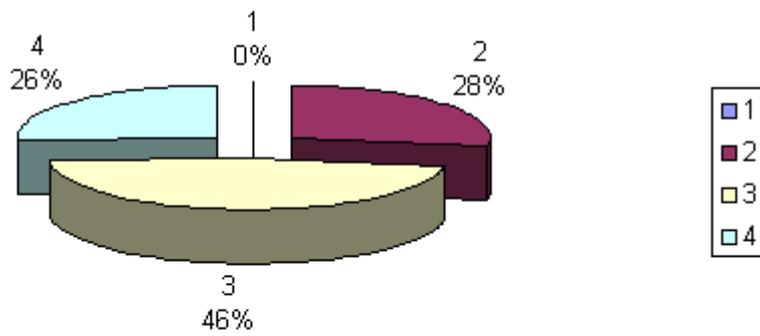
Cuando transformamos y analizamos esta variable en una escala de 4 puntos nuevamente observamos resultados un tanto llamativos. Para todas la CCAA la mayoría de los médicos se sitúan en una situación de relativa aprobación del modelo biopsicosocial, pero por el contrario solo el 16% (hemos tomado referencia de España) lograrían las mayores cotas de aceptación del mismo (puntuación 4, contestaciones correctas superiores al 75% en la escala). Si analizamos esta ultima columna para cada CCAA, Cataluña, Murcia y Valencia entre u 4% y un 9% de los médicos mostrarían una aceptación del modelo propuesta. En tanto que para las restantes CCAA este porcentaje se sitúa por encima del 20%, hasta casi el 32% de Galicia



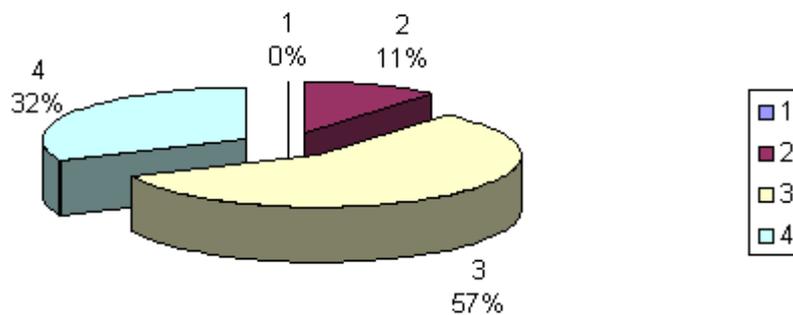
### Modelo biopsicosocial en Cataluña



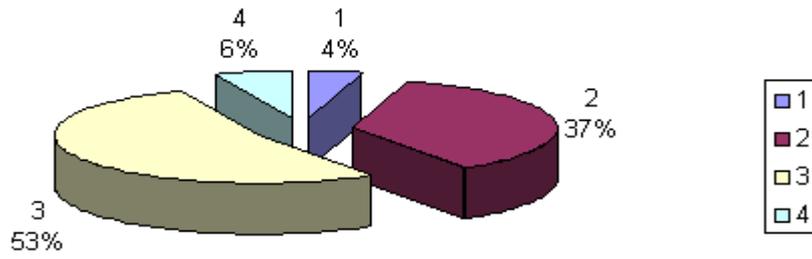
### Modelo biopsicosocial en Castilla LM



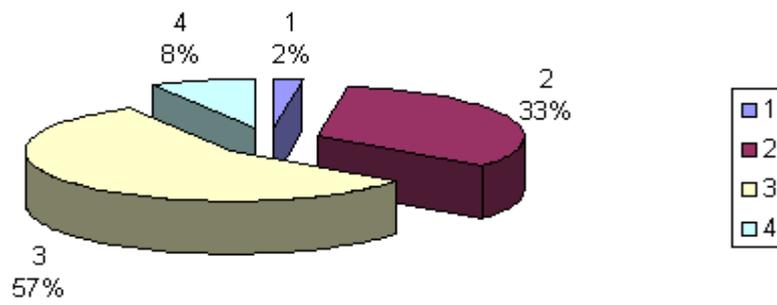
### Modelo biopsicosocial en Galicia



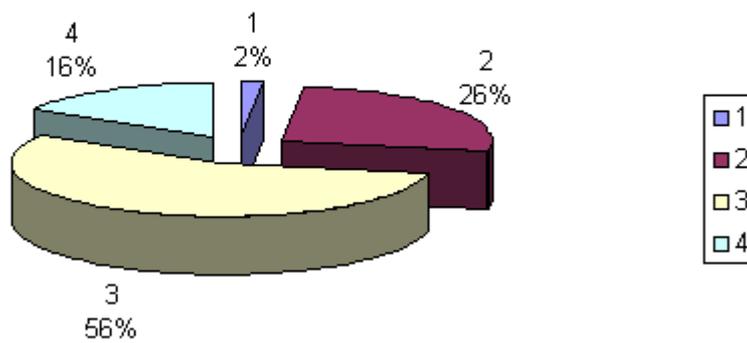
**Modelo biopsicosocial en Murcia**



**Modelo biopsicosocial en Valencia**



**Modelo biopsicosocial en España**



Previo a la realización de los correspondientes Anovas establecer diferencias significativas entre las CCAA efectuamos los análisis de Ancovas correspondientes. Como ha sido común la edad afecta al puntuación en estas variables, pero atendiendo al valor de R2 su efecto es mínimo.

**Ancova: Modelo biopsicosocial por CCAA con el género, la edad y los años de servicio como covariantes.**

**Tests of Between-Subjects Effects**

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	293,940 <sup>a</sup>	10	29,394	5,432	,000
	9309,857	1	9309,857	1720,464	,000
edad	81,242	1	81,242	15,014	,000
Años servicio	14,196	1	14,196	2,623	,106
sexo	1,199	1	1,199	,222	,638
CCAA	109,533	7	15,648	2,892	,005
Error	7364,707	1361	5,411		
Total	131064,000	1372			
Corrected Total	7658,647	1371			

a. R Squared = ,038 (Adjusted R Squared = ,031)

**Test of Homogeneity of Variances**

**Modelo Biopsicosocial**

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,103	7	1646	,000

**ANOVA: Modelo Biopsicosocial x CCAA**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	263,531	7	37,647	11,598	,000
Within Groups	5343,067	1646	3,246		
Total	5606,597	1653			

Comparaciones múltiples: Modelo biopsicosocial x CCAA

CCAA	N	Media	Desviación típica	Comparaciones significativas respecto a
<b>Galicia</b>	111	8,54	1,683	Todas menos Castilla LM y Canarias
<b>Canarias</b>	108	8,1	1,57	Cataluña, Murcia, Valencia
<b>Castilla LM</b>	90	7,94	2,052	Cataluña y Murcia
<b>Andalucía</b>	156	7,69	1,996	Cataluña y Galicia
<b>España</b>	<b>827</b>	<b>7,59</b>	<b>1,842</b>	<b>Cataluña y Galicia</b>
<b>Valencia</b>	133	7,22	1,729	Canarias y Galicia
<b>Murcia</b>	49	6,96	1,881	Canarias, Castilla LM y Galicia
<b>Cataluña</b>	180	6,91	1,509	Todas menos Murcia y Valencia

Las comparaciones múltiples ratifican planteamientos anteriores: Galicia, Canarias y Castilla LM son las que mejor paradas salen, con diferencias significativas –al menos sobre- Cataluña, que se sitúan en la cola. Cataluña no solo es la peor CCAA sino que tiene puntuaciones significativamente inferiores a todas las CCAA salvo sus compañeras de cola (Murcia y Valencia).

## Estudio de la variable Modelo Diagnóstico.

En relación con la capacidad diagnósticas de los médicos de AP que han participado en el estudio, apreciamos en los diagramas de cajas y la representación de los valores medios las siguientes cuestiones:

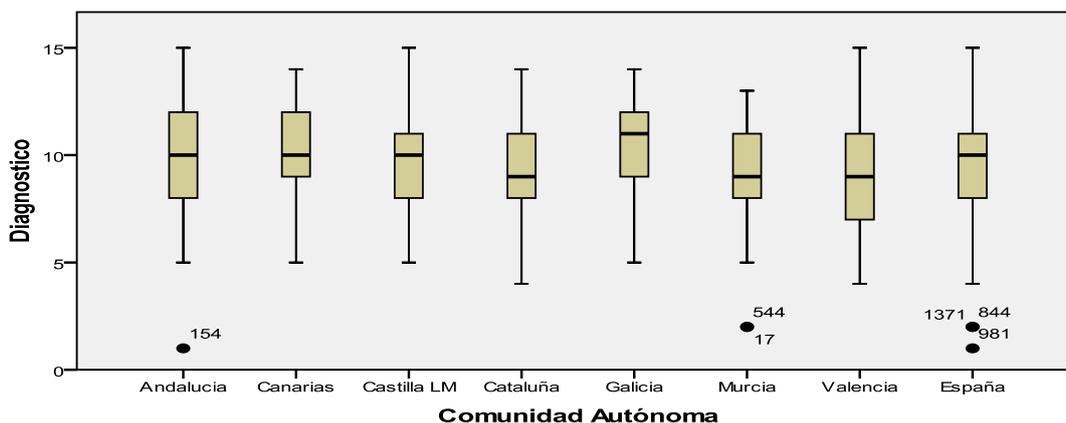
Independientemente de la CCAA los valores medios (entre 10,55 de Galicia y 8,9 de Murcia) o de las medianas distan mucho del valor máximo en la escala (16). El valor medio de todas las CCAA, representado por España es de solo 9,6, poco más de un aprobado (6 en una escala de 10 puntos).

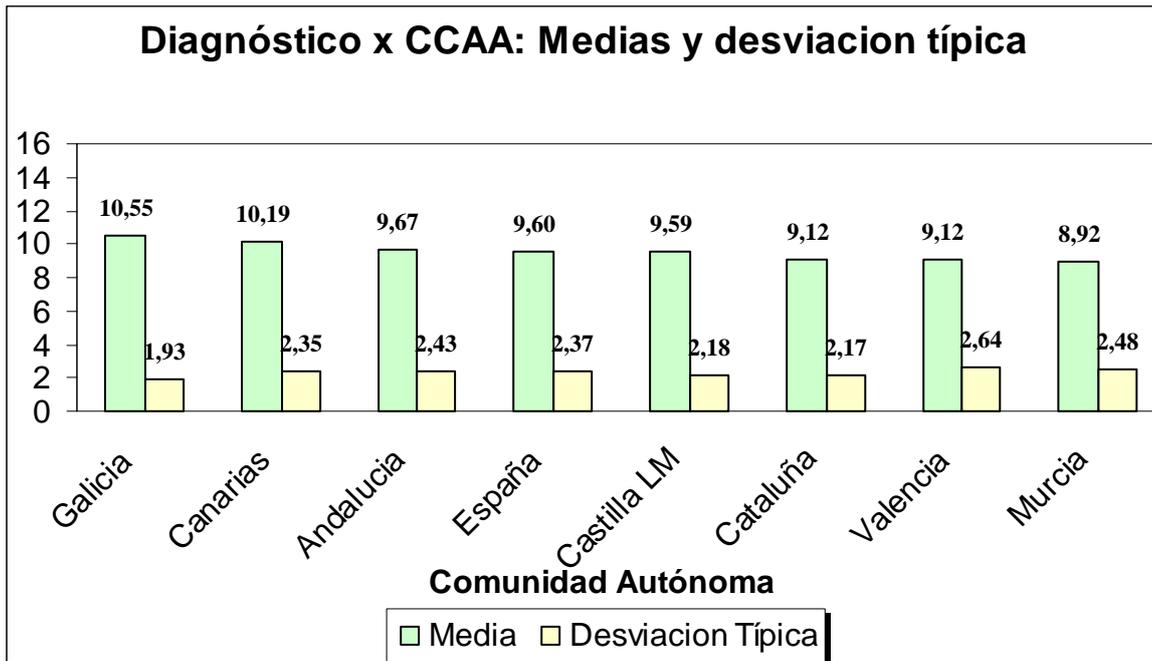
La cohesión en la zona central de las puntuaciones es considerable en todas las CCAA, pero la puntuación máxima no pasa de 15 y la mínima no baja de 4. No existen valores extremos por encima, pero si por debajo de estas cotas.

A priori Cataluña y Murcia se perfilan como las CCAA peor paradas: Valores de la media y mediana más bajos y mayor homogeneidad en sus planteamientos que otras CCAA. Valencia se asemeja bastante a los problemática catalana, si bien existe un mayor numero de médicos que solventan mejor las tarea diagnóstica, pero la puntuación media es similar a de los médicos catalanes. Castilla La Mancha también mejora notablemente su posición en el ranking diagnóstico por la presencia de un buen numero de profesionales que llevan bien a cabo su labor, pero tiene un claro lastre por otros que no lo hacen de igual manera.

**Diagrama de Caja:  
Diagnóstico por CCAA**

**España engloba a todas las CCAA muestreadas**





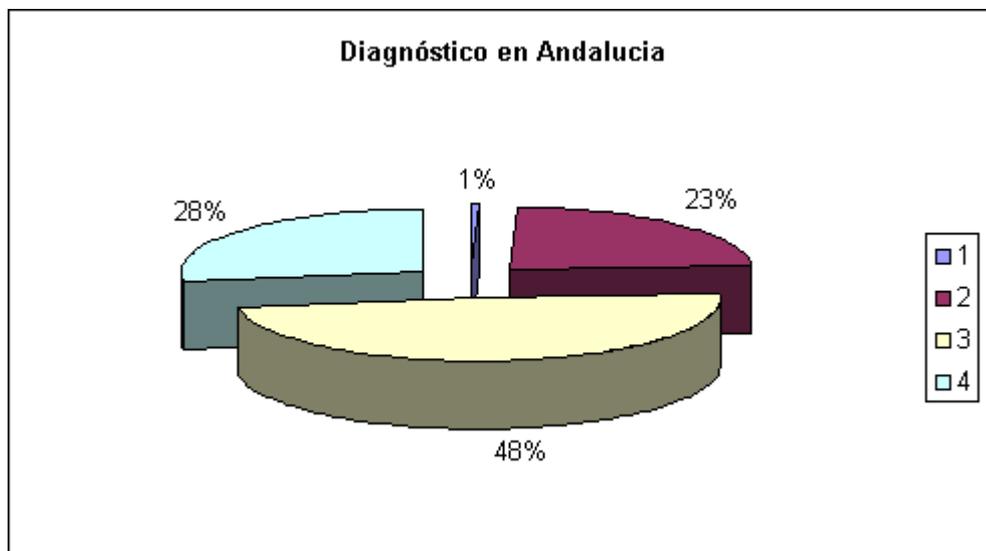
Cuando transformamos las puntuaciones en una escala de 4 puntos el panorama es más positivo, desvirtuando en parte la situación real.

La puntuación más frecuente para todas las CCAA es 3 (puntuación directa entre 8 y 12), indicando una presencia adecuada del modelo biopsicosocial. Más aún, un alto porcentaje de médicos se sitúan en el margen superior de esta escala (el 23% en España).

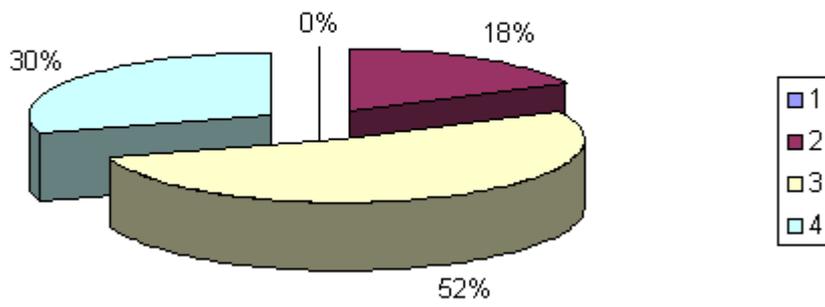
Frente a una postura excesivamente optimista a la vista de estos datos, consideramos que no está de más sopesar los valores medios y la dispersión de las puntuaciones, sin renunciar a los comentarios hechos previamente para las CCAA más discrepantes.

En todo caso es positivo observar que el modelo biopsicosocial tiene un cierto encaje y relativo afrontamiento en la sanidad pública española en su perspectiva de la salud en general, y tampoco podría afirmarse que está ausente para el ámbito de la salud mental.

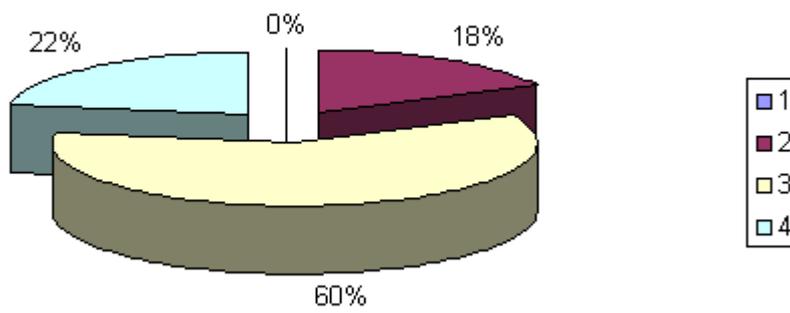
	Diagnostico x CCAA (escala de 4 puntos)				Total
	1	2	3	4	
Andalucía	1,6%	23,1%	48,7%	27,6%	156
Canarias	0,0%	17,6%	52,8%	29,6%	108
Castilla LM	0,0%	17,8%	60,0%	22,2%	90
Cataluña	0,0%	22,2%	65,0%	12,8%	180
Galicia	0,0%	8,1%	55,0%	36,9%	111
Murcia	4,1%	16,3%	69,4%	10,2%	49
Valencia	0,0%	30,1%	52,6%	17,3%	133
España	3,4%	20,3%	56,7%	22,6%	827



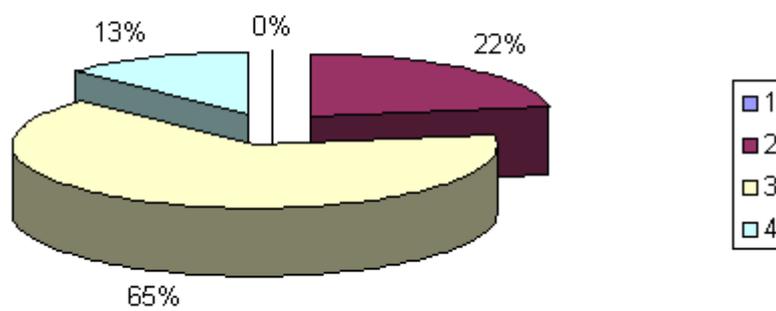
### Diagnóstico en Canarias



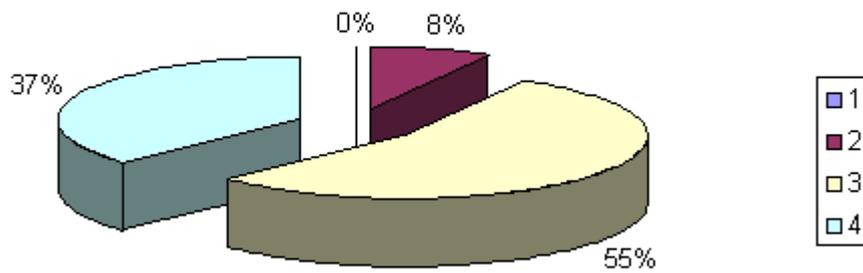
### Diagnóstico en Castilla LM



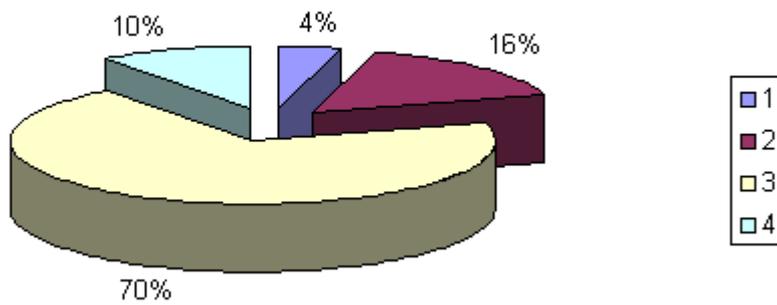
### Diagnóstico en Cataluña



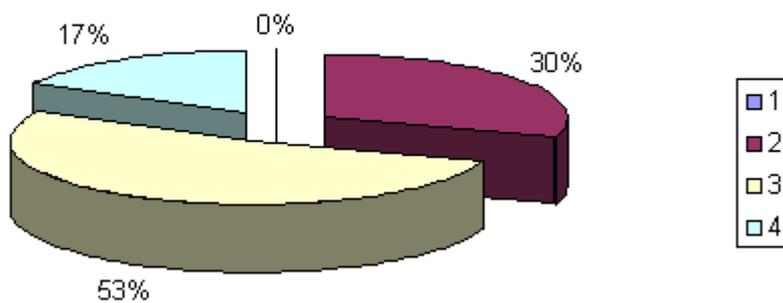
**Diagnóstico en Galicia**

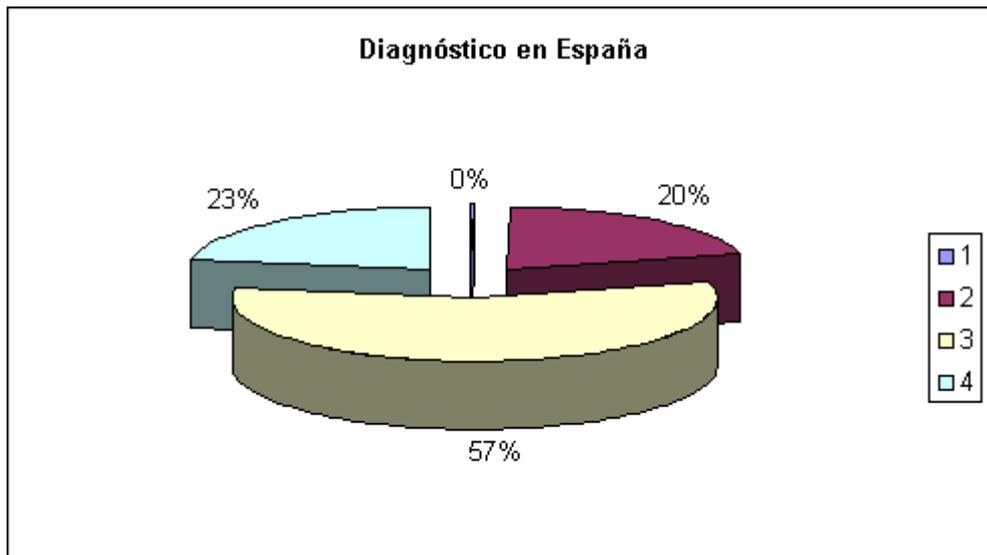


**Diagnóstico en Murcia**



**Diagnóstico en Valencia**





**Análisis de covarianza para el diagnostico, tomando como covariantes la edad, el genero, y los años de servicio**

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	293,940 <sup>a</sup>	10	29,394	5,432	,000
	9309,857	1	9309,857	1720,464	,000
Edad	81,242	1	81,242	15,014	,000
Años de servicio	14,196	1	14,196	2,623	,106
Género	1,199	1	1,199	,222	,638
CCAA	109,533	7	15,648	2,892	,005
Error	7364,707	1361	5,411		
Total	131064,000	1372			
Corrected Total	7658,647	1371			

a. R Squared = ,038 (Adjusted R Squared = ,031)

Los resultado de este análisis de varianza con tres covariables indican que existen diferencias entre las distintas CCAA y que la puntuación en la variable considerada esta en parte mediatizada por el edad, pero por los años de servicio ni el género.

En todo caso la varianza explica por la covariables es infirma (inferior a 0.04).

Test de Homogeneidad de varianzas: **Diagnostico**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
	2,941	7	1646	,005

Anova para el diagnostico x CCAA				
Diagnóstico	N	Media	Desviación Típica	Comparaciones significativas respecto a
Galicia	111	10,55	1,925	Todas menos Canarias
Canarias	108	10,19	2,350	Cataluña, Valencia
Andalucía	156	9,67	2,434	Galicia
España	827	9,60	2,367	Galicia
Castilla LM	90	9,59	2,177	Galicia
Cataluña	180	9,12	2,168	Galicia, Canarias
Valencia	133	9,12	2,637	Canarias, Galicia
Murcia	49	8,92	2,482	Galicia

Se han ordenado las CCAA de mayor a menor en la variables objetivo.  
España engloba a todas las CCAA muestreadas

A modo de resumen de esta tabla, comentar tan solo que las CCAA mejor paradas son Galicia y Canarias, en tanto que las ultimas de la cola son Cataluña, Valencia y Murcia respectivamente.

### Análisis del área racional Terapia

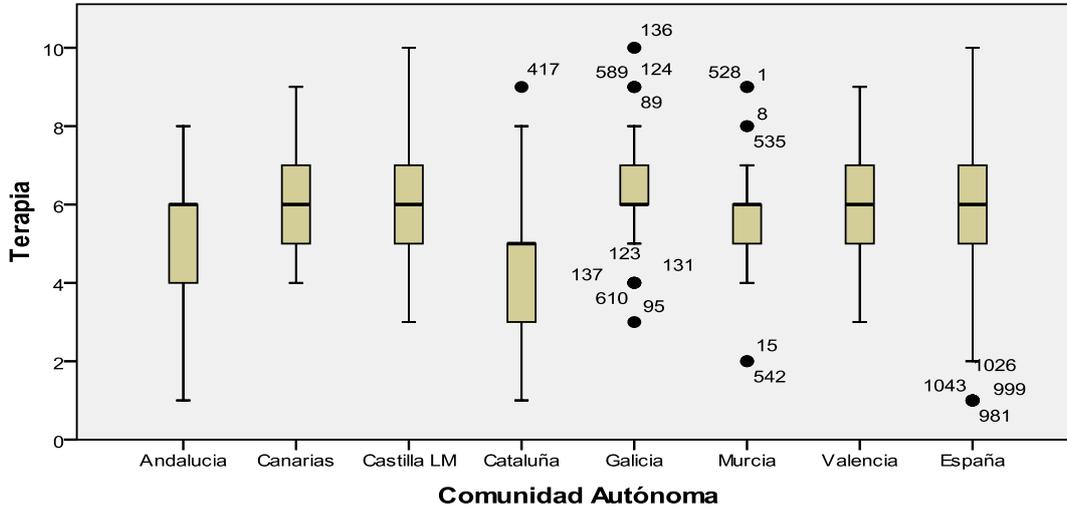
Este área racional incluye una serie amplia de aspectos que tienen que ver con aspectos como el uso de placebos, la concepción de que el tiempo o la empatía curan, la importancia de los efectos secundarios, la prontitud de los cambios tras la medicación, consideraciones sobre la importancia de la familia o de la organización de la vida del paciente, consecuencias laborales del trastorno, etc. Es decir un conjunto de elementos muy variados.

Esta variedad de elementos puede ser la que justifique la disparidad de resultados que observamos en los diagramas de cajas. La búsqueda de patrones comunes podría resumirse en tres modelos diferentes. La mínima dispersión de Galicia y Murcia (medianas de 6 también común a todas las CCAA salvo Cataluña, que nuevamente se desmarca a la baja). Canarias, Castilla y Valencia (junto con España) comparten una visión similar por parte de la mayoría del los médicos de AP sobre este conjunto de elementos. Andalucía se aproxima a este patrón, si bien sus puntuaciones son marcadamente inferiores, al igual Cataluña, en la que se acentúa esta característica mostrando las puntuaciones mas bajas en esta variable.

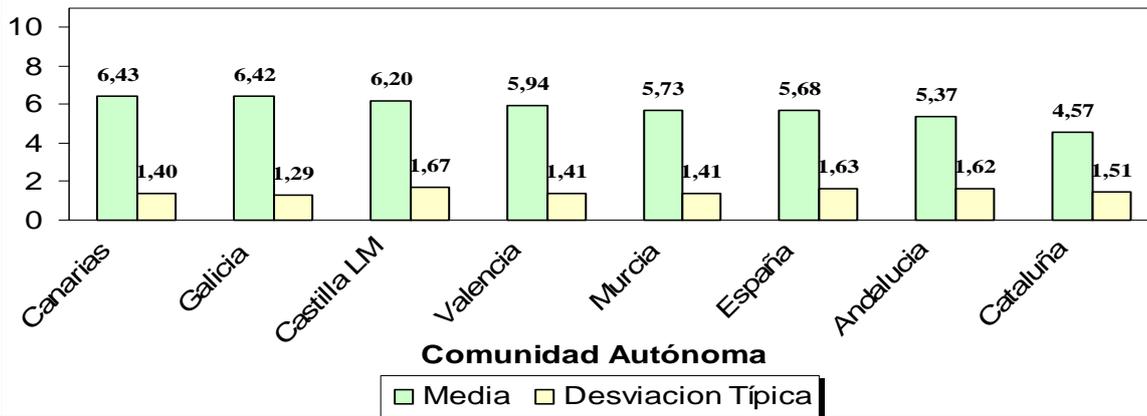
Mas allá de esta consideraciones, las puntuaciones medias (por ejemplo, 5,7 de España sobre un puntuación máxima de 10) no son excesivamente elevadas, indicando también una necesidad de revisión de la actuación de los profesionales en este área

**Diagrama de Caja:  
Terapia por CCAA**

**España engloba a todas las CCAA muestreadas**

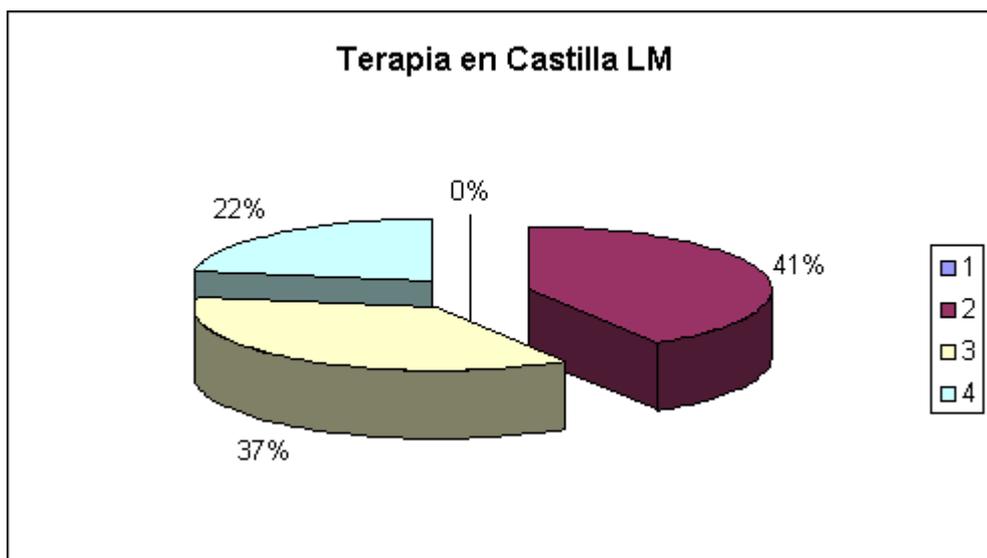
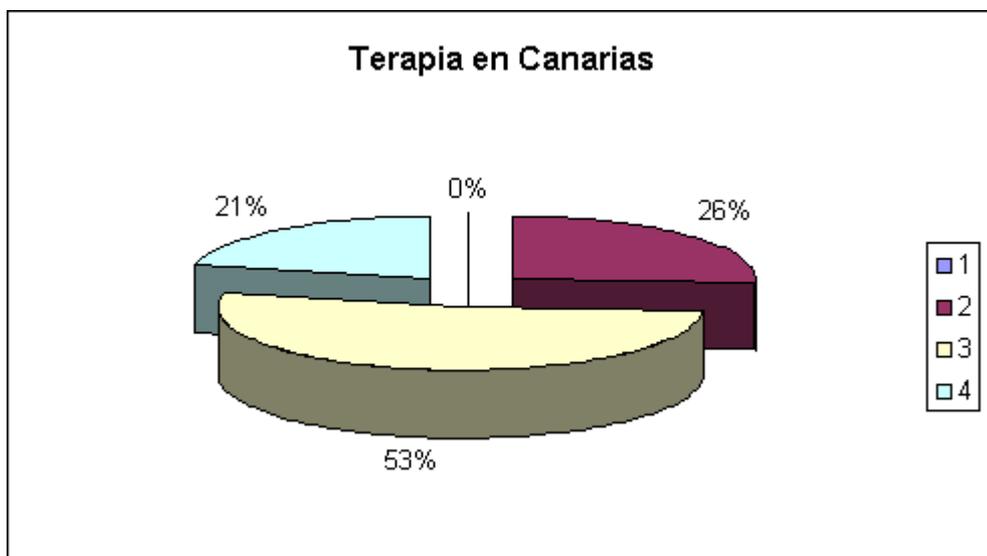


**Terapia x CCAA: Medias y desviación típica**

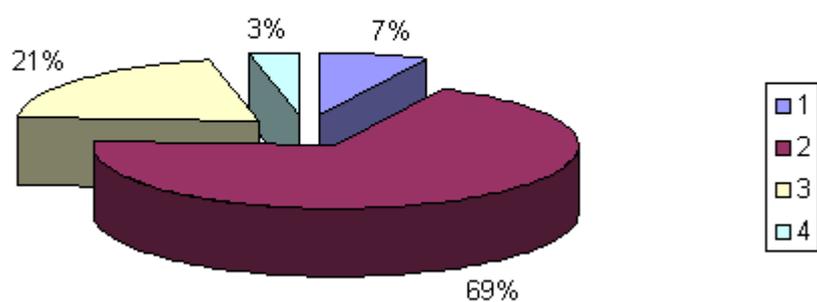


	Terapia x CCAA (escala de 4 puntos)				Total
	1	2	3	4	
Andalucía	6 3,8%	65 41,7%	73 46,8%	12 7,7%	156 100,0%
Canarias	0 0,0%	28 25,9%	57 52,8%	23 21,3%	108 100,0%
Castilla LM	0 0,0%	37 41,1%	33 36,7%	20 22,2%	90 100,0%
Cataluña	13	124	37	6	180

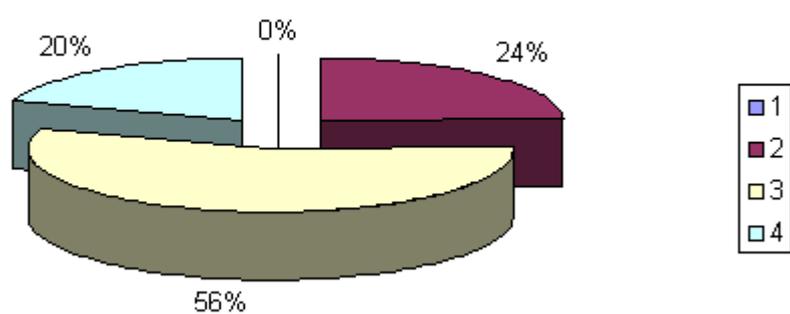
	7,2%	68,9%	20,6%	3,3%	100,0%
Galicia	0 0,0%	27 24,3%	62 55,9%	22 19,8%	111 100,0%
Murcia	2 4,1%	16 32,7%	27 55,1%	4 8,2%	49 100,0%
Valencia	0 0,0%	48 36,1%	67 50,4%	18 13,5%	133 100,0%
España	21 2,5%	345 41,7%	356 43,0%	105 12,7%	827 100,0%



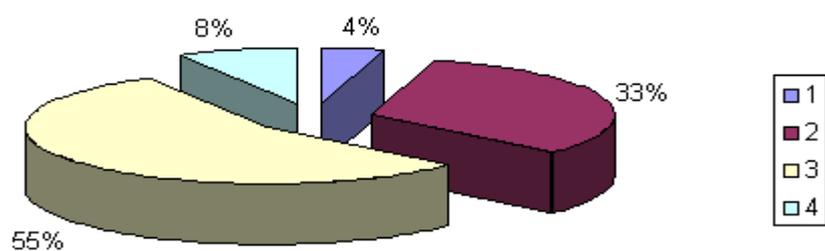
### Terapia en Cataluña

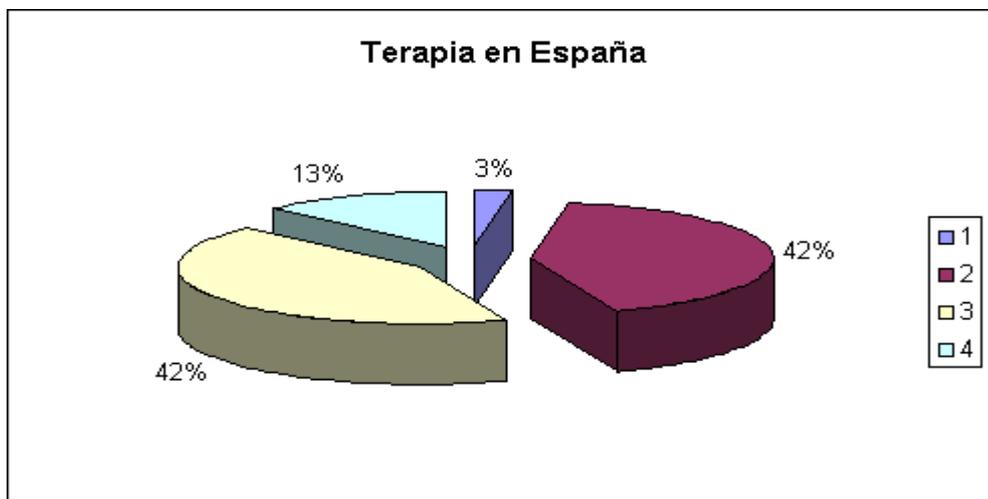
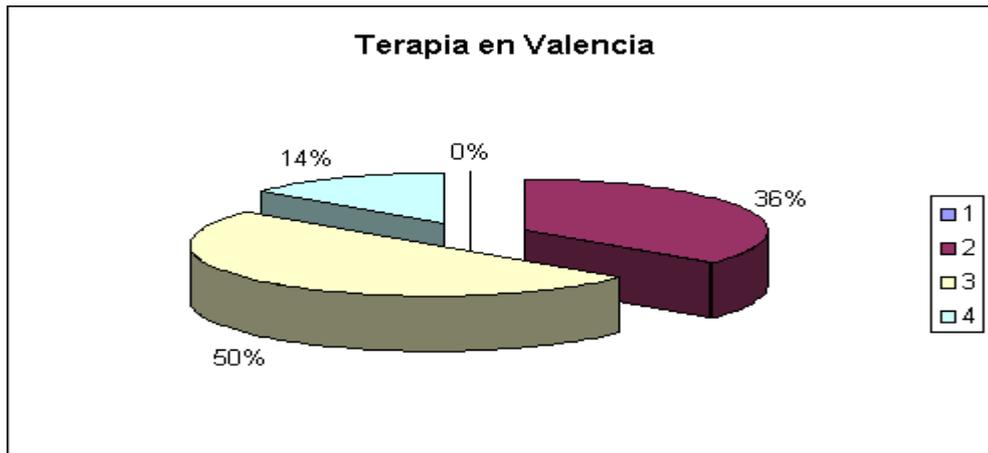


### Terapia en Galicia



### Terapia en Murcia





Cuando analizamos esta variable desde esta perspectiva se aprecia dos posiciones claras, que se resumen en lo que ocurre tanto en España como en Andalucía. A saber, en torno al 50% de los médicos se sitúan en las posiciones 2 (Castilla LM y Cataluña) ó 3 (resto de CCAA salvo Andalucía que se reparte por igual en estas dos posiciones).

Es decir, queda recorrido para mejorar en aspectos relacionados con la implicación de la familia, organización de la vida rutinaria del paciente, empleo del tiempo y empatía, consideración del placebo y análisis de la evolución a través del diagnóstico diferencial, los efectos secundarios, los efectos de la evaluación, y análisis del pronóstico.

Ancova para la terapia: Edad y años de servicio si son covariantes, pero el valor de  $R^2$  (0,095) no hace albergar esperanzas sobre su importancia real.

**Ancova para la terapia, incluyendo como covariables la edad, los años de servicio y el género y como variable dependiente las CCAA**

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	332,354 <sup>a</sup>	10	33,235	14,336	,000
	3033,653	1	3033,653	1308,539	,000
edad	11,461	1	11,461	4,944	,026
Años servicio	12,253	1	12,253	5,285	,022
sexo	2,495	1	2,495	1,076	,300
CCAA	269,237	7	38,462	16,590	,000
Error	3155,276	1361	2,318		
Total	45742,000	1372			
Corrected Total	3487,630	1371			

a. R Squared = ,095 (Adjusted R Squared = ,089)

#### ANOVA para la Terapia x CCAA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Terapia Between Groups	390,611	7	55,802	22,908	,000
Within Groups	4009,558	1646	2,436		
Total	4400,169	1653			

#### Test de Homogeneidad de varianzas

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Terapia	2,570	7	1646	,012

#### Comparaciones múltiples para la Terapia x CCAA

CCAA	N	Media	Desviación Típica	Comparaciones significativas respecto a
Canarias	108	6,43	1,396	Andalucía, Cataluña, España
Galicia	111	6,42	1,290	Andalucía, Cataluña, España
Castilla LM	90	6,20	1,671	Andalucía, Cataluña
Valencia	133	5,94	1,408	Andalucía, Cataluña
Murcia	49	5,73	1,411	Cataluña
España	827	5,68	1,632	Canarias, Cataluña, Galicia
Andalucía	156	5,37	1,619	Todas menos Murcia
Cataluña	180	4,57	1,506	Todas, incluido España

Nuevamente Canarias y Galicia parecen salir mejor parados que otras comunidades en cuanto a los aspectos que esta categoría recoge. A su vez, Andalucía y Cataluña se llevan la peor parte.

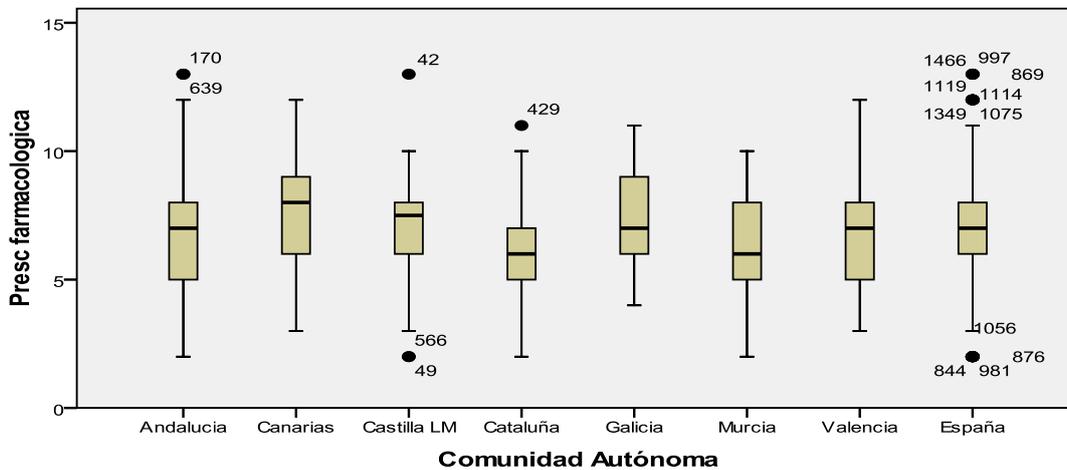
### Estudio De la variable Prescripción farmacológica.

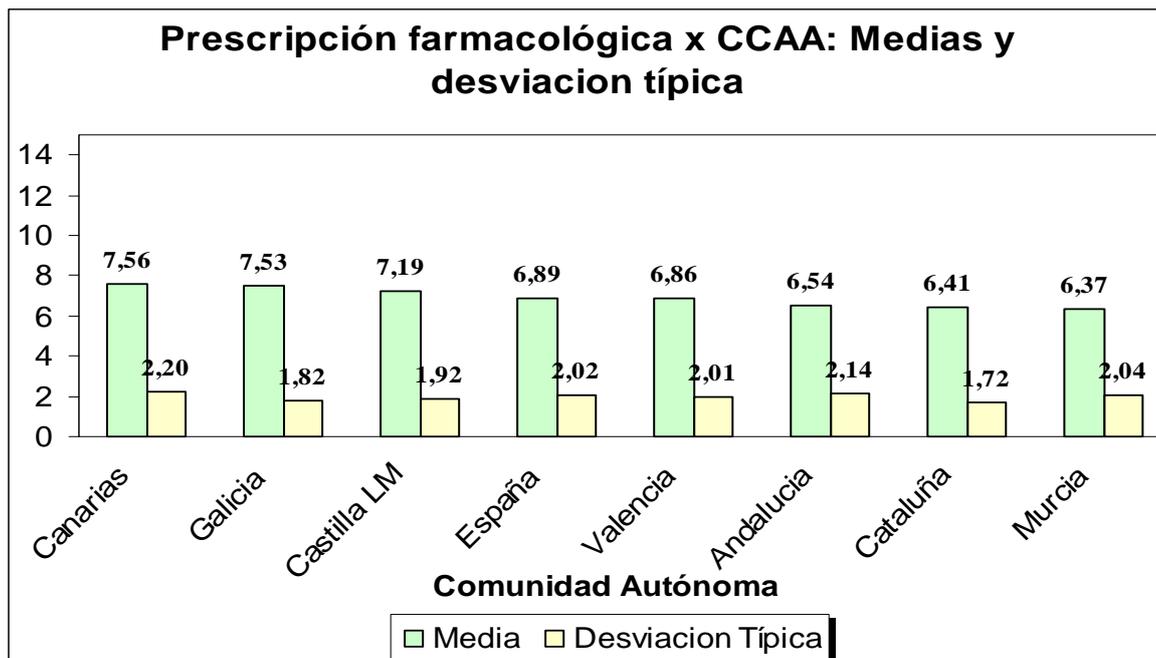
Al igual que ocurría con la Terapia, se muestran aquí diferentes aspectos, que hacen referencia a la innovación farmacológica, pronóstico, cambios en prescripción, elección de la diana terapéutica, prescripción múltiple, contraindicaciones y seguridad en la prescripción, análisis de la dosis: efectos, pronóstico, reducción, tamaño.

Se trata por tanto de una variable sumamente compleja como corresponde a la complejidad implícita en el acto de prescribir. Desde esta perspectiva es asumible una alta disparidad resultados relacionados fundamentalmente con la formación de los médicos de atención primaria (lo que no excluye a las políticas de fomento de la formación continua por parte de las administraciones públicas competentes).

**Diagrama de Caja:  
Prescripciones farmacológicas por CCAA**

**España engloba a todas las CCAA muestreadas**





A la hora de analizar los resultados concretos comentar primero que la puntuación máxima en esta variable es de 15, muy lejos de los valores medios obtenidos por las diferentes CCAA (6,9 para España y entre 7,6 y 6,4 para las CCAA).

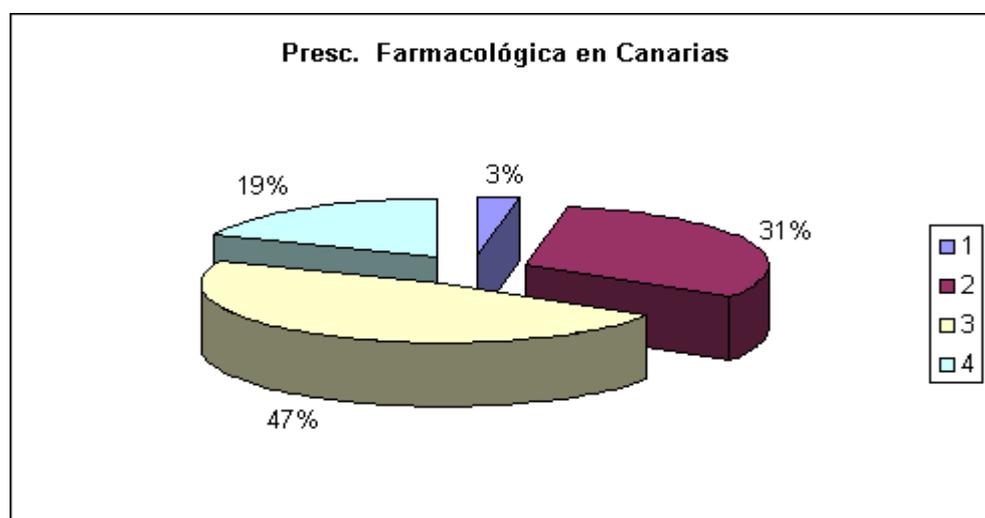
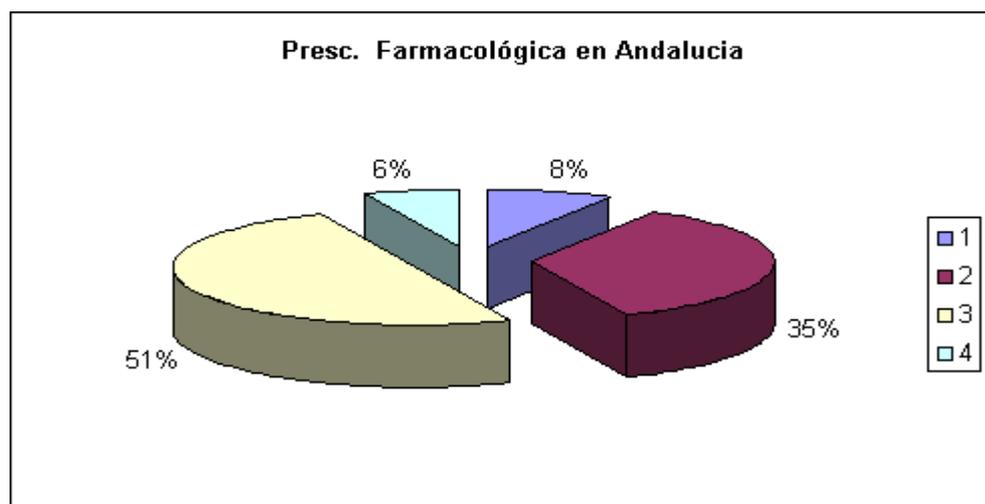
Esa simple observación hace ver que existen muchos problemas relacionados con la correcta prescripción de fármacos cuando se refiere a los problemas de salud mental. En segundo lugar, no existe un patrón común, casi cada CCAA tiene características diferenciales. Cataluña y Murcia alcanzan tienen las medidas de tendencia central mas bajas, pero una dispersión de puntuaciones básicamente similar a la de las restantes CCAA.

Nuevamente Canarias y Galicia se sitúan en la cabeza, si bien con una distribución de puntuaciones algo diferente. En su conjunto se diría que los gallegos tienen mejor formación que los canarios, aunque este hecho posiblemente no se refleje en los análisis siguientes.

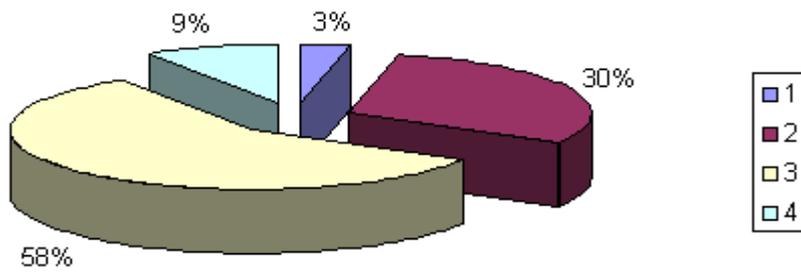
	Prescripción farmacológica X CCAA (escala de 4 puntos)				Total
	1	2	3	4	
Andalucía	13 8,3%	55 35,3%	78 50,0%	10 6,4%	156 100,0%
Canarias	3 2,8%	34 31,5%	51 47,2%	20 18,5%	108 100,0%
Castilla LM	3 3,3%	27 30,0%	52 57,8%	8 8,9%	90 100,0%
Cataluña	6 3,3%	92 51,1%	72 40,0%	10 5,6%	180 100,0%

Galicia	0 0,0%	31 27,9%	66 59,5%	14 12,6%	111 100,0%
Murcia	6 12,2%	20 40,8%	22 44,9%	1 2,0%	49 100,0%
Valencia	7 5,3%	49 36,8%	62 46,6%	15 11,3%	133 100,0%
España	38 4,6%	308 37,2%	403 48,7%	78 9,4%	827 100,0%

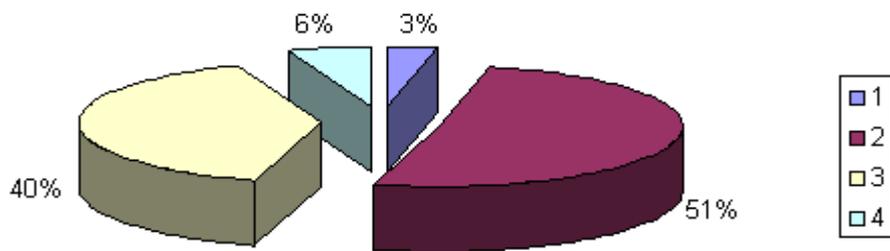
Si analizamos la distribución de frecuencias atendiendo a la escala de 4 puntos nuevamente obtenemos conclusiones no demasiado correctas. La mayoría de las CCAA se sitúan en la puntuación 3 (sobre 4), lo que indicaría un uso bastante correcto de las precauciones debidas a la hora de llevar a cabo las prescripciones. Sin embargo lo que esconden es que los sujetos que puntúan 3 se sitúan en la parte baja del intervalo correspondiente, dificultando la interpretación de los resultados.



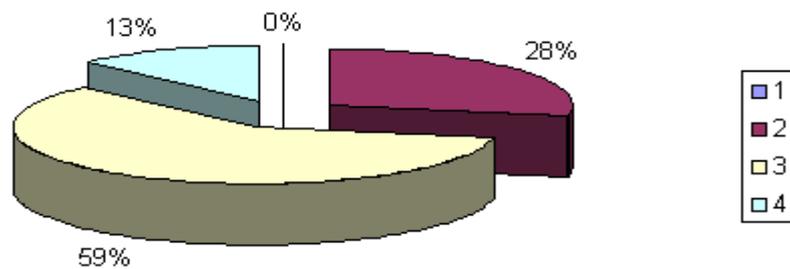
**Presc. Farmacológica en Castilla LM**



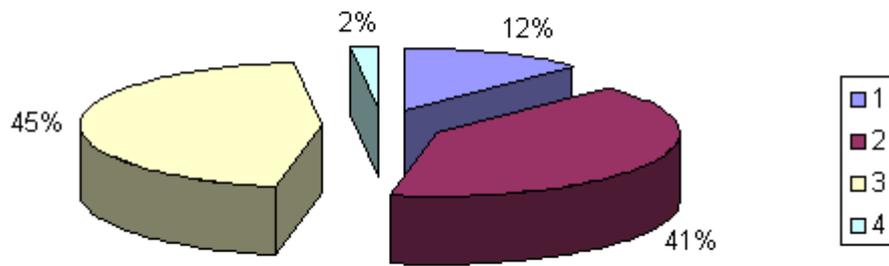
**Presc. Farmacológica en Cataluña**



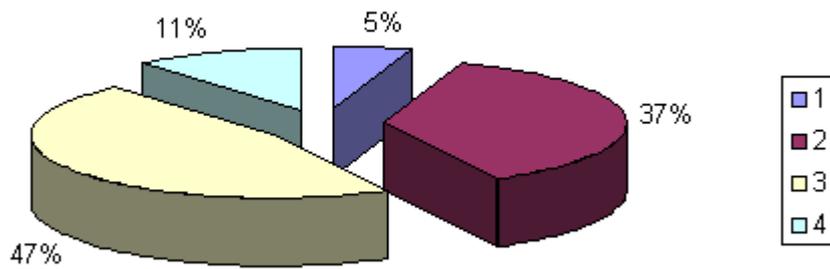
**Presc. Farmacológica en Galicia**



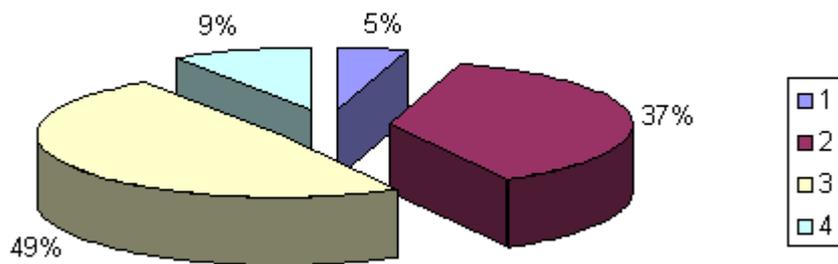
**Presc. Farmacológica en Murcia**



**Presc. Farmacológica en Valencia**



**Presc. Farmacológica en España**



De cara a la comprobación de diferencias significativas entre las CCAA se procedió como en otras ocasiones a realizar un Ancova para valorar el posible efecto de la edad, años de servicio y el sexo en la puntuación de la precrispion farmacológica, seguido Anova, contrasta de homogeneidad de varianzas y comparaciones múltiples

Respecto al Ancova, nuevamente la edad –y solo ella- es significativa, pero con un escaso impacto (R2 = 0,029)

**Ancova para la Presc farmacológica, tomando como covariables la edad, los años de servicio y el género.**

**Tests of Between-Subjects Effects**

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	154,308 <sup>a</sup>	10	15,431	4,029	,000
edad	4929,795	1	4929,795	1287,201	,000
Años servicio	30,361	1	30,361	7,928	,005
sexo	2,908	1	2,908	,759	,384
CCAA	13,098	1	13,098	3,420	,065
Error	108,303	7	15,472	4,040	,000
Total	5212,435	1361	3,830		
Corrected Total	67838,000	1372			
	5366,743	1371			

a. R Squared = ,029 (Adjusted R Squared = ,022)

**ANOVA para la presc farmacológica**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Presc farmacológica Between Groups	177,199	7	25,314	6,376	,000
Within Groups	6535,212	1646	3,970		
Total	6712,411	1653			

**Test de Homogeneidad de varianzas**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Presc farmacológica	1,754	7	1646	,093

**Comparaciones múltiples: Presc farmacológica x CCAA**

CCAA	N	Media	Desviación Típica	Comparaciones significativas respecto a
Canarias	108	7,56	2,201	Andalucía, Cataluña, Murcia, España
Galicia	111	7,53	1,818	Andalucía, Cataluña, Murcia, España
Castilla LM	90	7,19	1,919	Cataluña
España	827	6,89	2,016	Canarias, Castilla LM. Galicia

Valencia	133	6,86	2,007	---
Andalucía	156	6,54	2,138	Canarias, Galicia
Cataluña	180	6,41	1,720	Canarias, Castilla LM. Galicia
Murcia	49	6,37	2,038	Canarias, Galicia.

Como anticipamos, Canarias y Galicia marcan la cota superior, en tanto que Cataluña y Murcia la inferior. En la franja central se sitúan Castilla, Valencia y Andalucía.

## Bibliografía.-

- Burt, C. (1948). The factorial study of temperamental traits. *British Journal of Psychology, tatistical Section, 1*, 178-203.
- Cattell, R. B. (1949). A note on factor invariance and the identification of factors. *British Journal of Psychology, 2*, 134-138.
- Cattell, R. B. (1978). The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences. Nueva York: Plenum Press.
- Cattell, R. B. y Baggaley, A. R. (1960). The salient variable similarity index for factor matching. *British Journal of Statistical Psychology, 13*, 33-46.
- Cattell, R. B., Balcar, K. R., Horn, J. L. y Nesselroade, J.R. (1969). Factor matching procedures: An improvement of the "s" index; with tables. *Educational and Psychological Measurement, 29*, 781-792.
- Cureton, E.E. y D'Agostino, R.B. (1983). *Factor Analysis: An applied approach*. London: Lawrence Erlbaum Associates
- Guadagnoli, E. y Velicer, W. F. (1991). A Comparison of Pattern Matching Indices. *Multivariate Behavioral Research, 26* (2), 323-343.
- Kaplunovsky, A.S. (2006). Why using factor analysis? (dedicated to the centenary of factor analysis). Israel: Holon Academic Institute of Technology, Research Center for Quantum Communication Engineering.
- Lorenzo-Seva, U.; Ferrando, P.J. (2003). Imince: an unrestricted factor-analysis-based program for assessing measurement invariance. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers, 35*, 2, 318-321.
- Muthén, B. (1984). A general structural equation model with dichotomous, ordered categorical, and continuous latent variable indicators. *Psychometrika, 49*, 115-132.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998). *Mplus user's guide*. Los Angeles: Author.
- Mulaik, S.A. (1972). *The foundations of factor analysis*. New York : McGraw-Hill.
- Tucker, L. R. (1951). *A method for synthesis of factor analysis studies*. Personnel Research Section Report No.984. Washington, DC: Department of the Army.

Velicer, W. F., Peacock, A. C. y Jackson, D. N. (1982). A comparison of component and factor patterns : A monte carlo approach. *Multivariate Behavioral Research*, 17, 371-388.

Wrigley, C. S. y Neuhaus, J.O. (1955). The matching of two sets of factors. *American Psychologist*, 10, 418-419.



---

## TABLAS

---

Análisis factorial exploratorio (AFE)  
para la muestra objetivo y de replicación,  
rotando entre 5 y 12 factores (N 420y 409, respectivamente).  
Resultados obtenidos mediante el programa Mplus.

---

Analisis: matriz de correlaciones tetracóricas  
Extraccion: Weighted least squares  
with robust standard errors  
and mean- and variance-adjusted chi-square  
Rotación: Varimax

---

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

Resultados obtenidos mediante el programa Mplus.

Solución de 5 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		FACTORES				
Items		1	2	3	4	5
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,85	,31			
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción		,48			
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología		-,45			
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas			,42		
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,60				
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente					-,48
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta				,31	-,33
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta			,43		
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida					
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción				-,45	-,32
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco				-,43	
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental		,45		-,42	
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables		-,44			
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa		-,70		,37	
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea			,39		
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata		-,59			
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia					
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz					
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,42				
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro		-,40			
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa		-,32			

22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente			,37		
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico		-,34			
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,40				
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,45				
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario			,44		
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal			,53		,38
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,33		,65		
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,36				
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios					
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	,29				
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción			,49		
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción					-,41
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes					-,37
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis		-,34			
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan					-,55
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo					
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente					-,82
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública					-,66
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente					-,66
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable			,47		
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables			,41		

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 6 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores					
		1	2	3	4	5	6
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,79	,37				
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción		,55				
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología		-,47				
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas			,47	,30		
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional						
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente						
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta						
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta			,36	-,52		
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida						
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción				,60		
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco				,44		
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental		,41			-,37	
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables				,31	,37	
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa					,51	
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea			,37			
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata						
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia						-,47
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz					,36	
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,46					
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro						
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa					,44	
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente			,39			
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico						
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,34			,61		
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,49					
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario						-,49

	Solución de 6 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores					
		1	2	3	4	5	6
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal			,55			,38
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,44		,61			
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita				,31		
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios						
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro					,44	,35
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción			,51			
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción						
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes				,33		
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis		-,38				
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan						
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo						
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente				,47	-,67	
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,36			,31	-,61	
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente				,33	-,54	
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable			,48			
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables			,45			

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 7 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores						
		1	2	3	4	5	6	7
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,54	,31					,59
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción		,54					,37
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología							
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas			,51				
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,57		,31				
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente					-,46		
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta				-,31	-,32		
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,30			,41			
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida							,43
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción				-,65			
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco				-,37			
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental		,44	,29				,34
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables				-,41			-,30
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa		-,65	-,32				-,39
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea			,36				
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata		-,58					
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia					-,49		
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz							-,35
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,31						,31
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro		-,46					
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa							-,35
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente			,40				
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico		-,34					
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta				-,53			,40
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,59						
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario				,54			

Solución de 7 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores						
		1	2	3	4	5	6	7
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal			,64		,35		
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,66		,51				
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita							,46
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,34						
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro					,34	-,30	,39
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción			,50				
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción					-,48		
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes					-,33		,37
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis		-,38					
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan					-,55		
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo				,38			
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente						,79	
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública						,76	
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente						,63	
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable			,47				
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables			,42				

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 8 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
01	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,61	,32					,50	
02	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción		,55					,38	
03	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología			,49					
04	Un problema cronificado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas				,51				
05	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,73							
06	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente						-,49		
07	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta						-,32		
08	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta								,41
09	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida							,41	
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,30							-,67
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco					,30			
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental		,45			,33			
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables		-,34						-,41
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa		-,67		-,29	-,37			
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea				,38				
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata		-,62						
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia							-,49	
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz						-,42		
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,31						,30	
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro		-,45						
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa					-,30			
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente				,44				
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico								
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,35				,31			
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,59							
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario						-,30		,58

	Solución de 8 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal				,60		,38		
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,53		,33	,54				
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita							,48	
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios			,39					
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro						,34	,37	
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción				,51				
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción						-,46		
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes						-,32	,37	
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis								
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan						-,54		
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo								,36
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente					,87			
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,47				,57			
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente					,65			
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable				,45				
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables				,42				

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 9 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,62	,70							
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción		,58							
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología			,63						
4	Un problema cronificado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas				,52					
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,73								
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente						-,42			
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta								,31	
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta								,53	
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida									
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,42								-,48
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco					-,43				-,32
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental					-,37				-,44
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables			,32				-,50		
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa				-,40			-,81		,32
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea				,37					
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata							-,44	-,34	
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia						-,54			
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz							-,43		
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema			,31						
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,30		,38						
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa							-,46		
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente				,44					
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico			,36			-,38			
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,45		,29	,30	-,29				
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,51							,38	
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta			-,62						,34

Solución de 9 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	necesario									
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal				,56		,41			,30
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,37			,49					,52
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita		,46							
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios									,46
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro						,38	-,44		
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción				,55					
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción						-,43			
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes						-,34			
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis									,34
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan						-,56			
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo									,42
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente						-,88			
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,61					-,70			-,32
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente						-,67			
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable				,41					
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables				,39					

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 10 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común	Factores									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,61	,69								
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción		,57								
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología			,40							,42
4	Un problema crónico es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas				,52						
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,75									
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente						-,42				
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta						-,32				
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta								,63		
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida										
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,42		,36				-,38	-,32		
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco					-,46					
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental					-,39					
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables			,45				-,44			
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa				-,43			-,70		,37	,32
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea				,35						
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata							-,41		,51	
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia						-,47				
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz							-,48			
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,33									,54
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro									,38	
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa							-,37			,46
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente				,50						-,33
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico						-,33			,35	
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,42		,42	,31						

Solución de 10 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común		Factores									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,55									
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario			-,73							
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	-,30			,58		,36				,50
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,41			,49				,47		
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita		,48								
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios								,51		
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro		,36				,36	-,47			
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción				,55						
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción						-,45				
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes						-,37				
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis									,46	
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan						-,61				
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo									,32	
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente					-,89					
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,55				-,73			-,29		
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente					-,71					
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable				,43						
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables				,38						

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación.

	Solución de 11 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,88	,32	,05	,05	,05	-,04	,07	,07	,15	,08	,01
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,24	,23	-,14	,24	-,04	,13	,10	-,04	,42	,33	-,05
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	-,09	,02	,29	-,01	,13	-,01	,18	,29	-,39	-,08	,36
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,02	,05	,07	,53	-,21	,18	-,01	,06	,00	,02	,06
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,73	,08	,07	,15	,10	-,06	,02	,00	-,02	,25	,12
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,05	-,06	-,08	,00	,19	,39	-,07	,18	,12	-,08	-,23
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	-,18	,09	-,01	-,11	,13	,35	-,09	,26	,05	,02	,06
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	-,09	-,10	,34	,16	,00	-,06	,07	,62	-,03	,01	-,09
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,18	,23	-,10	-,05	,21	,27	,05	,12	,12	,01	,12
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,10	,00	,37	,18	-,20	,19	-,20	,28	,01	-,60	-,14
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,05	,11	,27	,03	-,49	,09	,13	,00	,18	-,03	-,07
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	,03	-,13	,05	,24	-,43	,01	,04	,04	,51	,07	-,09
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,03	,22	,46	-,18	,05	,22	-,27	,07	-,21	,16	,01
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	-,06	,25	-,01	,49	,11	,19	,51	,12	-,46	,18	,27
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,10	,09	-,13	,35	-,12	-,02	,08	,15	-,13	,11	,03
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	-,13	,00	,07	,17	-,09	,09	-,45	-,21	-,56	,00	,02
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,07	-,10	,01	,17	-,09	,43	-,10	,02	-,14	,03	-,32
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	-,04	,04	-,02	,02	,16	,02	-,60	,08	-,02	,01	-,03
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,43	,02	,04	-,04	-,09	,06	,11	,03	-,18	-,06	,46
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,14	-,07	,11	,11	-,14	,17	,00	,02	-,46	-,20	,09
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	-,12	,25	,01	,01	,30	,28	-,07	-,16	-,04	,35	,47
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	-,04	-,35	,02	,43	,06	,02	-,10	-,05	,29	-,18	,05
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	-,11	,02	,15	-,02	,08	,31	,23	-,05	-,42	,01	-,02
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,43	,02	,40	,32	-,38	-,05	,01	-,22	-,01	,17	-,02
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,24	,11	,03	,03	-,11	,01	,08	,31	,09	-,71	,11
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta	,00	-,07	-,67	-,06	,23	,22	-,13	,11	,19	-,01	-,02

	Solución de 11 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	necesario											
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,17	,04	,23	,49	,17	,27	,26	,09	,04	,21	,70
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,34	,19	,03	,43	,12	,09	,03	,51	,06	,22	,17
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,14	,49	,10	,14	,13	,10	,04	,02	,14	,01	,05
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,04	,05	,03	,04	,05	,11	,02	,50	,02	,01	,02
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	,03	,73	,03	,08	,14	,30	,20	,05	,06	,11	,03
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,16	,05	,02	,66	,03	,04	,19	,11	,06	,08	,20
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,14	,18	,11	,02	,21	,43	,05	,12	,03	,08	,01
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,12	,25	,10	,14	,09	,40	,05	,06	,03	,13	,02
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis	,00	,03	,06	,02	,07	,11	,06	,02	,45	,09	,02
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,08	,03	,01	,10	,02	,61	,02	,04	,06	,04	,07
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,05	,15	,30	,00	,11	,02	,00	,07	,23	,08	,05
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,04	,02	,10	,05	,88	,16	,24	,05	,00	,08	,05
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,29	,10	,43	,14	,72	,13	,11	,33	,23	,52	,24
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,01	,01	,09	,15	,72	,10	,07	,04	,03	,00	,11
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,08	,04	,01	,38	,09	,17	,05	,20	,24	,06	,18
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,08	,17	,24	,36	,04	,10	,22	,23	,05	,11	,13

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra objetivo, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 12 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,86	,09	,07	,02	-,06	,01	,16	,12	,35	,17	,03	,04
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,27	,40	-,17	,27	,07	,06	-,11	-,06	,22	,35	,09	-,05
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	-,14	-,18	,38	-,07	,08	,06	,02	,32	,06	-,27	,21	,39
4	Un problema crónico es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,02	,04	,04	,54	,23	,14	-,04	-,06	,06	-,03	,01	,07
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,77	,22	,12	,09	-,15	,01	,04	,03	,09	,04	-,02	,16
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,07	-,06	-,11	,04	-,16	,32	-,20	,13	-,06	,08	-,06	-,27
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	-,08	,05	-,06	,01	-,05	,09	-,70	,12	,03	-,07	,03	-,10
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	-,11	-,01	-,32	,14	,00	-,06	-,06	,63	-,09	-,03	-,05	-,05
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,16	-,02	-,08	-,08	,18	,29	,00	-,10	,26	-,11	-,05	,14
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,11	-,57	,31	,24	,23	,18	,01	-,32	,01	,01	-,21	-,18
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,06	-,01	,25	,04	,50	,08	-,02	-,02	,10	,18	-,16	-,07
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	-,02	-,06	,01	,22	,41	,10	,15	,07	-,09	,57	-,02	-,04
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,05	-,18	,46	-,15	-,04	,16	-,18	,01	,19	-,20	-,28	-,06
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,02	-,23	,01	-,44	-,07	,00	-,47	,02	,19	-,54	-,43	,17
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,05	,08	-,11	,30	,09	,04	,14	,22	,14	-,12	-,07	,11
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	-,16	-,03	,08	,15	,09	,10	,05	-,17	,02	-,58	-,38	,07
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,01	,02	,01	,13	,06	,55	,18	,06	-,03	,11	,15	-,25
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	-,06	,00	-,02	-,01	-,17	,05	,01	,11	,05	-,04	-,68	,00
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,41	-,12	,08	-,07	,06	,08	,01	,05	,05	-,13	,12	,45
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,12	-,24	,14	,11	,14	-,14	,13	,05	-,06	-,44	,05	,11
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	-,06	-,35	,01	,05	-,30	,17	-,29	-,23	,21	-,05	-,06	,35
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	-,02	-,13	-,03	,45	-,04	,01	,01	-,06	-,36	,26	-,14	,04
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	-,09	-,01	,18	-,02	-,08	,30	-,05	-,05	,01	-,39	,22	-,04

Solución de 12 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,43	-,13	,37	,36	,41	-,05	,14	-,23	,01	-,02	,00	-,01
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,24	-,74	,04	,04	,08	,03	-,01	,28	,13	,17	,06	,05
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,03	,02	-,68	-,05	-,22	,14	-,18	,10	-,07	,11	-,11	-,04
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	-,21	,16	-,20	,40	,12	-,19	,13	-,02	,00	-,02	-,25	,84
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,33	-,23	,05	,42	,11	,09	-,02	,52	-,17	-,03	-,03	,18
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,12	-,01	,11	,12	,11	,12	,02	-,02	,51	,17	-,01	,06
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,04	-,02	,06	,02	-,06	,11	-,09	,49	,05	,05	-,06	-,03
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	-,04	,14	-,01	-,06	-,14	,37	-,07	,02	,73	-,08	,16	-,02
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	-,17	-,04	-,02	,63	,04	,01	,16	,16	,05	-,04	,16	-,14
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,15	-,08	-,12	-,01	,21	,40	-,14	,11	-,17	-,03	,05	,01
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,14	-,13	,07	,19	,11	,31	-,22	,11	,25	-,07	-,01	-,03
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis	,01	,10	-,03	,02	-,05	,08	-,03	,04	-,05	,49	-,03	,00
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	-,12	,00	,03	,06	-,06	,72	-,09	,05	,03	,01	,00	,12
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,03	,05	-,27	-,04	-,13	,03	,03	,11	,17	-,23	,03	,10
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,05	-,07	,08	,06	,89	,14	-,03	-,06	-,02	,01	,25	,06
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,22	-,48	-,41	,09	,70	,01	,46	-,21	,16	-,19	,10	-,12
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,01	,01	,08	,14	,72	-,09	,06	,05	-,01	,04	,08	,14
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	-,01	-,03	-,06	,47	-,05	,01	-,35	,11	-,09	,16	,01	,09
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,11	-,10	,23	,39	,06	,02	-,18	,19	,15	-,08	-,19	,09

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

Resultados obtenidos mediante el programa Mplus.

Solución de 5 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores				
		1	2	3	4	5
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,47	,34	,17	,11	,15
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,50	-,10	,13	-,01	,13
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	-,14	,14	,51	,02	-,05
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	-,04	,03	-,08	-,45	,00
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-,15	,34	-,01	-,28	,29
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,31	-,02	,08	-,62	,12
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	-,08	-,16	,32	-,40	-,06
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,32	-,09	,14	,13	,11
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,12	,67	,17	,04	,04
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,06	,53	-,09	,18	,14
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	-,64	,25	,35	,18	,15
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	,50	,24	-,33	-,04	,11
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,75	-,09	-,38	-,30	,02
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	-,13	-,13	,41	,01	,05
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,40	,14	-,12	-,03	,02
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,08	,37	,01	,09	-,09
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,07	,17	,09	-,34	,01
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,42	-,54	,65	,44	-,24
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,40	-,12	,23	,22	,10
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,46	,17	,08	-,23	,10
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	-,33	,33	,36	-,08	,13
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,45	-,05	,04	,29	-,19
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	,06	,61	,01	,59	-,03
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,16	,37	,20	-,23	,28
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	-,14	-,10	,19	-,26	,27
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	-,18	-,30	,41	,04	,14
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	-,06	,08	,59	-,13	,11
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,00	,39	,12	,01	,02
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	-	,27	,09	-	-

Solución de 5 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores				
		1	2	3	4	5
		,01			,08	,10
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,15	-,18	,22	-,20	,19
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	,02	-,24	-,17	-,32	,10
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,01	,06	,26	,05	-,10
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,23	,28	-,15	-,13	,07
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,31	-,01	-,10	,11	-,21
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis	,01	,09	,13	,06	-,20
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,11	-,07	-,12	-,05	-,21
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	-,07	,13	-,08	,14	,79
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	-,10	,31	,06	,43	,38
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	-,04	,07	-,06	-,16	,93
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,04	-,06	,60	-,21	,03
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,23	,17	,43	-,13	,10
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	-,28	1,00	-,12	,10	,15

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 6 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores					
		1	2	3	4	5	6
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,19	-	,55	-	-	-
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,09	,40	-	,12	-	,32
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	,34	-	,03	,06	,11	,32
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,00	,08	,29	-	-	-
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	-	-	,33	-	,18	,02
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,02	,28	-	-	-	,41
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,27	-	,00	-	,05	,06
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,22	,31	,18	,14	-	-
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	-	-	,15	,16	,09	,74
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	-	,07	,54	,11	-	,15
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,17	-	,02	,19	-	,21
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	-	,53	,25	-	,02	,05
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	-	,76	-	-	,03	,12
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,44	-	,21	-	-	-
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,01	,47	,42	-	-	-
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,01	,11	,40	,02	-	,07
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,07	,09	,23	-	-	,18
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,64	,31	-	,51	,28	-
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,26	,33	,08	,27	-	,08
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,06	,43	,17	-	,07	,30
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	,26	-	,35	-	,03	,12
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,11	,44	,12	,30	,14	-
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	-	,02	,44	,57	-	,16

Solución de 6 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores					
		1	2	3	4	5	6
		,04				,03	
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	- ,04	- ,01	- ,11	- ,06	- ,12	,82
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,18	- ,07	,06	- ,34	,19	- ,14
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,48	- ,16	,12	- ,02	- ,25	- ,21
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,44	- ,13	,09	- ,11	,12	,31
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,04	- ,03	,27	,00	- ,05	,27
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,07	,02	,29	- ,14	,02	,10
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,29	,17	,17	- ,23	- ,29	,00
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	- ,10	,06	- ,14	- ,32	- ,11	- ,10
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,24	,01	,20	,01	,04	,00
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	- ,18	,21	,14	- ,10	- ,06	,27
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,05	,41	,31	,02	,05	- ,29
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis	,06	- ,01	,01	,07	,22	,07
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,08	,28	,40	- ,23	- ,01	- ,47
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,04	- ,06	,41	,12	- ,85	,03
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,06	- ,15	,29	,44	- ,40	,15
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,04	- ,04	,37	- ,17	- ,99	,19
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,52	- ,01	,16	- ,21	- ,06	,24
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,28	,12	,08	- ,04	- ,03	,53
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,51	,43	1,0	- ,69	- 1,0	- ,24

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 7 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores						
		1	2	3	4	5	6	7
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,26	,50	,14	-,23	,12	-,06	,33
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,08	-,42	,05	,33	,14	-,10	,07
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	-,08	,04	,27	,13	,12	,27	,42
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,20	-,08	-,09	-,38	-,27	-,25	,18
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	,15	-,02	,05	-,48	,29	-,19	,19
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,22	,62	,08	-,25	,05	-,10	,26
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,12	-,17	-,24	-,15	,07	,01	,48
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,32	-,11	-,05	,34	,13	-,27	,22
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	-,24	-,17	,90	,00	-,03	,24	-,06
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,40	,08	,44	-,06	,12	-,21	-,01
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	-,03	,41	,30	-,08	,00	,58	,23
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	-,05	-,23	,30	,00	-,15	-,46	,30
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	-,10	-,59	,01	,04	-,20	-,46	,33
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,32	,14	-,14	,16	,05	-,05	,56
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,32	-,15	,11	,07	-,04	-,51	,05
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,28	,02	,23	-,07	,29	-,25	,11
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	-,09	-,11	,34	-,18	-,49	-,12	,19
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	-,32	,04	-,10	,94	,08	-,07	,43
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,03	-,09	,16	,52	-,10	-,17	,16
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	-,04	-,36	,28	,07	-,09	-,27	,13
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	-,04	,26	,38	-,14	-,15	,11	,41
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	-,01	-,07	,03	,42	,22	-,35	,00
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	-,01	,32	,73	,26	,09	-,07	-,17

Solución de 7 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores						
		1	2	3	4	5	6	7
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,00	-,43	,53	-,05	-,03	,33	,07
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	-,08	,03	-,17	-,16	-,01	-,06	,31
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,13	,28	-,13	,29	-,37	,03	,51
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	-,10	-,03	,24	,13	-,02	,17	,57
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,09	,00	,40	-,05	,03	,01	,12
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,06	,02	,24	-,11	-,02	-,12	,17
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,26	-,11	-,07	,13	-,27	-,18	,37
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	-,19	-,08	,11	,14	-,55	,00	-,14
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,17	,04	,01	,10	,24	-,10	,33
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,28	-,33	,12	-,18	,32	-,16	-,08
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,11	,02	-,06	,16	,07	-,50	,02
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis	,01	-,04	-,03	,02	,44	,00	,12
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,20	,13	-,21	-,06	-,04	-,53	,12
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	1,0	,06	-,02	,02	,09	-,11	,12
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,37	,24	,37	,22	,05	,10	,00
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,99	-,14	-,01	-,12	-,14	-,05	,19
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,15	-,11	,09	,17	-,04	,03	,69
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,07	-,30	,35	,18	,05	,08	,39
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	2,0	-,04	,00	-,36	,49	-,10	1,0

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 8 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,48	,53	,19	,05	-	-	,20	,01
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,01	-	,08	-	,29	-	,03	,11
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	-	,11	,34	,22	,18	,59	,19	-
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,30	-	-	,34	-	-	-	,03
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	,32	,01	,40	-	-	-	,03	-
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,21	-	,19	,08	-	-	-	,11
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,33	-	,17	,05	-	,00	-	-
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,13	-	,17	,08	,31	-	-	,21
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,08	-	,03	-	-	,22	,85	-
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,23	,08	,19	,05	-	-	,49	,25
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	-	,48	,07	,11	-	,76	,25	,06
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	,04	-	-	,14	-	-	,35	-
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	-	-	-	,19	,04	-	,01	-
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,53	,17	,06	,06	,16	-	-	,17
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,27	-	,11	,20	,07	-	,17	,13
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,15	,04	,38	-	-	-	,25	,04
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,47	-	-	,36	-	-	,34	-
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,03	,03	,00	,02	,89	,01	-	-
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,17	-	-	,11	,45	-	,20	,06
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,26	-	,05	,15	,09	-	,27	-
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	,61	,27	-	,10	-	-	,38	-
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,11	-	,11	-	,39	-	,09	-
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	,06	,29	,06	-	,19	-	,81	-

Solución de 8 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores							
		1	2	3	4	5	6	7	8
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,13	-	-	-	-	,30	,43	,15
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,31	,05	,07	,05	-	-	-	-
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,42	,29	-	,34	,27	-	-	,14
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,67	-	-	-	,16	-	,22	-
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,28	,00	,07	-	-	-	,40	,03
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,92	-	-	-	-	-	,33	-
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,00	-	,08	,66	,16	,00	-	,18
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	-	-	-	,76	-	,41	-	-
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,54	,04	,13	-	,11	-	,03	,02
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	-	-	,47	,01	-	,08	,07	,14
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,48	-	-	-	,16	-	,04	-
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis	-	,02	,59	-	,07	,34	-	-
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,38	,11	,06	,14	-	-	-	-
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,41	,06	,00	-	-	-	,05	,96
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,06	,23	,01	-	,12	,10	,41	,42
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,44	-	-	,15	-	-	,03	,99
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,81	-	-	-	,19	-	,08	,05
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,40	-	,08	-	,17	,01	,31	,04
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	1,0	,01	-	-	-	-	,84	,68

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 9 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,23	,58	,23	-	,04	-	,12	,08	,20
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,13	-	,08	,30	-	-	,08	-	,08
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	,27	,20	,31	,21	,22	,31	,28	-	-
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,12	-	,02	-	,29	-	-	-	,15
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	,23	,06	,44	-	-	-	,02	,05	,03
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,33	-	,19	-	,06	-	-	-	,16
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,45	-	,17	-	,05	-	-	-	,06
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,12	-	,17	,30	,01	-	-	-	,38
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,06	-	-	-	-	,35	,92	-	-
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	-	,12	,22	-	,02	-	,48	-	,39
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,08	,58	,06	-	,13	,54	,30	,15	-
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	-	-	-	-	,15	-	,32	-	-
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,23	,68	,04	,03	,19	-	,02	-	-
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,47	,18	,11	,19	,08	-	-	,16	,30
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,01	-	,15	,07	,18	-	,13	-	,31
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,08	,05	,46	,01	,08	-	,25	,23	,17
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,22	-	-	-	,45	-	,31	,11	-
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,30	-	-	,92	,01	,01	-	,00	-
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,13	-	-	,51	,16	-	,18	,15	,03
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,16	-	-	,00	-	-	,36	-	-
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	,39	,40	-	-	-	-	,34	-	-
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,02	-	,10	,39	-	-	,07	-	,01
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	-	,32	,07	,21	-	-	,78	,01	,01

Solución de 9 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,21	-	-	-	-	,38	,54	-	,02
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,29	,10	,04	-	-	-	-	-	-
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,32	,31	-	,27	,26	-	,04	,16	,07
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,63	,08	-	,15	-	,10	,20	-	-
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,15	,06	,07	-	-	-	,41	-	,08
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,41	,01	-	-	-	-	,22	,08	,07
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,13	-	,11	,17	,59	-	-	-	,27
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	-	-	-	-	,84	,31	-	,14	-
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,40	,05	,14	,12	-	-	-	,06	,16
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	-	-	,47	-	,05	-	,17	-	,20
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,11	-	,04	,18	-	-	-	,09	,11
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis	,02	,03	,55	,10	-	-	,00	,02	-
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,06	,07	,11	-	,11	-	-	-	,17
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,08	,03	,05	-	-	-	,03	,11	1,0
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	-	,27	-	,10	-	-	,43	-	,46
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,15	-	-	-	,12	-	,01	,11	1,0
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,71	-	-	,17	-	-	,04	-	,16
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,47	-	,10	,20	,01	,10	,35	,13	,01
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,96	,16	,86	-	-	-	-	-	1,0

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 10 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,58	,27	,12	,06	,18	,19	,16	,04	,02	,08
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,38	,00	,27	,05	,08	,25	,08	,10	,10	,03
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	,49	,09	,29	,04	,34	,24	,03	,18	,04	,13
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,01	,21	,21	,15	,00	,16	,27	,33	,15	,10
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	,12	,20	,28	,01	,42	,03	,23	,01	,16	,08
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,32	,08	,12	,15	,19	,27	,59	,05	,16	,00
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,10	,16	,03	,01	,14	,03	,53	,05	,06	,01
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,09	,07	,22	,32	,07	,10	,04	,17	,13	,17
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,13	,01	,03	,16	,09	,75	,40	,07	,11	,14
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,11	,12	,14	,18	,20	,12	,40	,03	,18	,10
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,75	,17	,06	,18	,07	,23	,23	,08	,04	,06
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	,44	,02	,04	,20	,03	,08	,27	,22	,15	,02
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,77	,05	,07	,17	,01	,05	,09	,28	,01	,21
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,19	,14	,10	,10	,05	,09	,23	,06	,07	,95
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,27	,04	,00	,28	,10	,10	,13	,11	,05	,23
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,00	,04	,05	,15	,49	,06	,19	,07	,11	,37
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,08	,08	,10	,06	,15	,30	,02	,65	,14	,21
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,02	,09	,86	,01	,06	,08	,11	,04	,25	,07
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,20	,09	,47	,11	,06	,12	,23	,21	,08	,08
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,16	,17	,03	,95	,09	,27	,06	,14	,19	,13
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	,57	,25	,06	,29	,12	,14	,08	,04	,04	,14
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,23	,12	,35	,19	,06	,11	,19	,21	,09	,07
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	,25	,23	,20	,01	,11	,20	,86	,05	,04	,22
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,06	,08	,12	,17	,01	,78	,06	,07	,13	,01

	Solución de 10 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,19	,03	,06	,24	,01	,16	,32	,05	,20	,01
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,33	,02	,23	,09	,33	,16	,02	,19	,12	,21
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,26	,18	,20	,04	,05	,34	,17	,02	,11	,11
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,15	,10	,06	,15	,08	,27	,17	,01	,02	,01
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,04	,52	,08	,05	,14	,19	,01	,07	,01	,05
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,07	,16	,17	,21	,04	,11	,11	,42	,20	,13
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	,05	,32	,03	,21	,02	,14	,01	,88	,02	,20
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,08	,32	,14	,05	,11	,01	,10	,21	,04	,11
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,18	,09	,16	,07	,48	,16	,05	,03	,09	,03
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,30	,59	,25	,10	,03	,33	,10	,03	,07	,12
36	Los pacientes suelen solicitarme una reducción de la dosis	,15	,06	,14	,06	,56	,07	,05	,12	,12	,11
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,08	,25	,02	,13	,04	,46	,03	,12	,02	,03
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,04	,37	,10	,07	,02	,03	,14	,12	,88	,05
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,30	,00	,02	,18	,05	,14	,50	,17	,37	,00
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,04	,46	,17	,10	,11	,09	,09	,14	1,0	,05
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,18	,26	,22	,15	,10	,23	,30	,05	,10	,11
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,05	,20	,24	,11	,14	,51	,09	,10	,09	,05
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,02	1,0	,04	,09	,03	,04	,05	,11	1,0	,08

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 11 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,67	,03	,07	,10	,21	,36	,28	,03	,26	,02	,07
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	-	,43	,06	,07	,04	,18	,04	,20	,12	,01	,09
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	,37	,01	,38	,35	,15	,19	,21	,01	,23	,07	-,13
4	Un problema crónico es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,02	,13	,07	,41	,35	,32	,26	,16	,11	,11	-,12
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	,14	,02	,25	,06	,43	,22	,24	,01	,01	,15	,09
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,34	,05	,03	,14	,37	,01	,46	,09	,30	,11	,00
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,09	,16	,33	,10	,05	,14	,32	,13	,43	,12	,02
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,15	,19	,05	,11	,18	,01	,02	,29	,08	,10	,19
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,02	,08	,00	,11	,01	,26	,25	,22	,73	,09	-,14
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,10	,08	,01	,03	,12	,09	,06	,05	,57	,18	,12
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,79	,13	,04	,12	,01	,37	,03	,05	,27	,01	,05
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	,46	,04	,13	,09	,05	,12	,08	,23	,36	,15	-,02
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,92	,08	,06	,18	,03	,16	,05	,27	,03	,03	-,21
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,28	,08	,10	,03	,10	,20	,01	,13	,30	,07	1,00
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,30	,13	,05	,18	,04	,16	,04	,07	,22	,03	,25
16	La situación laboral por si sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,03	,19	,27	,04	,11	,03	,06	,16	,30	,08	,40
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,20	,02	,19	,29	,06	,00	,13	,95	,17	,10	,22
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,10	,03	,13	,11	,76	,03	,13	,13	,01	,24	,07
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,20	,21	,06	,17	,40	,15	,23	,16	,22	,08	,07
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,47	,76	,09	,11	,03	,15	,09	,18	,27	,20	-,12
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	,43	,35	,04	,09	,07	,20	,46	,07	,31	,02	-,15
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,24	,06	,03	,08	,25	,28	,16	,32	,21	,10	-,07
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	,25	,10	,04	,01	,23	,25	,18	,01	,96	,06	-,24
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente	-	-	,04	-	,02	-	,23	-	,21	,17	-,01

Solución de 11 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.		Factores										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	desde la primera consulta	,29	,16		,20		,43		,17			
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,00	,41	,13	,01	,05	,06	,05	,05	,27	,15	,02
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,29	,13	,18	,32	,27	,01	,08	,15	,11	,11	,20
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,10	,15	,07	,11	,17	,04	,54	,18	,01	,06	,12
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,08	,11	,02	,03	,06	,01	,22	,03	,36	,03	,00
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,09	,03	,10	,37	,06	,50	,62	,24	,12	,09	,05
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,01	,13	,00	,70	,07	,09	,04	,15	,04	,15	,13
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	,14	,12	,14	,82	,05	,26	,53	,67	,12	,02	-,22
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,07	,02	,13	,20	,05	,34	,45	,12	,03	,07	,12
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,24	,01	,31	,05	,23	,13	,10	,09	,14	,07	,05
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,30	,09	,10	,07	,15	,83	,44	,05	,08	,12	-,12
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis	,03	,05	,79	,04	,09	,07	,18	,17	,02	,07	-,10
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,19	,22	,14	,15	,02	,50	,01	,15	,08	,05	,05
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,03	,09	,03	,04	,01	,34	,27	,11	,13	,90	,07
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,06	,35	,19	,07	,36	,16	,27	,02	,52	,49	,03
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,04	,14	,08	,31	,15	,40	,53	,04	,01	1,0	-,06
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,15	,12	,11	,06	,05	,21	,78	,09	,07	,07	,10
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,05	,21	,04	,04	,05	,06	,66	,09	,19	,06	,04
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,03	,03	,20	,28	,40	1,0	1,0	,09	,45	1,0	-,09

## Análisis factorial exploratorio (AFE)

para la muestra de replicación, rotando entre 5 y 12 factores.

### Resultados obtenidos mediante el programa Mplus. – Continuación

	Solución de 12 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	En su opinión, el síntoma principal refleja la etiología real del paciente	,69	,10	,02	,03	,17	,03	,20	,06	,12	,10	,04	,06
2	El síntoma principal es la diana terapéutica que le guía a efectuar la prescripción	,32	,33	,04	,10	,12	,12	,03	,08	,19	,13	,04	,02
3	La historia biográfica del paciente no justifica la sintomatología	,41	,22	,43	,20	,04	,08	,15	,01	,21	,08	,08	,12
4	Un problema cronicado es reconocible exclusivamente por la presentación continua de sus mismos síntomas	,17	,17	,11	,26	,03	,37	,24	,11	,13	,20	,05	,14
5	De contar con bonificación-reducción en el cupo asistencial asignado, dedicaría su tiempo a formación profesional	,29	,15	,16	,07	,56	,33	,36	,08	,05	,01	,06	,08
6	La coordinación actual con la Unidad de Salud Mental es eficiente	,21	,15	,02	,04	,12	,66	,10	,17	,13	,15	,06	,02
7	Se encuentra capacitado para la atención de los problemas de salud mental que acuden a su consulta	,08	,03	,36	,13	,07	,14	,30	,11	,14	,13	,08	,05
8	Tiempo y empatía son suficientes para la mejoría real de la mayoría de los problemas de salud mental que acuden a consulta	,12	,02	,13	,18	,04	,06	,19	,52	,21	,04	,08	,20
9	La repetición de recetas no requiere visita clínica añadida	,16	,15	,08	,04	,31	,15	,05	,07	,81	,00	,23	,18
10	El grado de innovación que incorpora un producto farmacéutico supone una garantía para la prescripción	,18	,18	,00	,08	,33	,17	,12	,32	,07	,12	,06	,07
11	Como médico, se encuentra limitado en exceso a la hora de prescribir un fármaco	,63	,08	,09	,09	,03	,13	,29	,18	,14	,03	,24	,07
12	El placebo es una estrategia terapéutica útil que utiliza con frecuencia en salud mental	,24	,09	,20	,15	,33	,01	,09	,23	,12	,10	,05	,05
13	Organizar la vida rutinaria cotidiana del paciente, ofrece garantías terapéuticas indudables	,77	,03	,12	,30	,07	,08	,09	,23	,06	,10	,37	,24
14	Suele implicar a la familia en la atención y recomendaciones que efectúa	,12	,09	,12	,10	,18	,01	,03	,06	,06	,07	,19	,98
15	Antes de derivar al paciente, es recomendable comprobar como es su evolución, facilitando la baja provisional de forma simultánea	,15	,00	,08	,06	,27	,01	,07	,40	,09	,01	,10	,21
16	La situación laboral por sí sola puede facilitar la prescripción de baja laboral inmediata	,08	,01	,23	,03	,70	,05	,00	,02	,06	,09	,04	,38
17	En mujeres, para conjugar la vida familiar y laboral es aconsejable facilitar periodos de baja laboral con relativa frecuencia	,15	,05	,20	,61	,11	,02	,01	,10	,50	,14	,13	,24
18	Una mayor información de las contraindicaciones en cada fármaco, permitiría por si sola una prescripción más segura y eficaz	,05	,79	,15	,03	,29	,13	,05	,06	,01	,21	,07	,10
19	El solapamiento de síntomas, normalmente, no le significa un problema	,05	,75	,18	,19	,05	,02	,19	,13	,20	,23	,04	,08
20	Considerar el diagnóstico diferencial, no repercute en la evolución del cuadro	,16	,03	,10	,11	,05	,02	,23	,83	,37	,14	,20	,14
21	Suele estar seguro de no haber confundido el diagnóstico que efectúa	,49	,16	,02	,00	,24	,06	,11	,19	,30	,00	,07	,16
22	La prescripción múltiple facilita el abordaje comórbido del malestar del paciente	,07	,37	,02	,25	,05	,00	,13	,24	,10	,03	,12	,10
23	Pequeños matices en la forma en que refiere una queja no altera la idoneidad de un diagnóstico genérico	,37	,24	,01	,02	,21	,39	,11	,07	,22	,06	,18	,29
24	Preferiría que los asuntos de salud mental fueran tratados por un especialista directamente desde la primera consulta	,24	,00	,02	,01	,15	,10	,04	,05	,84	,19	,32	,00

	Solución de 12 factores. Matriz factorial rotada. Varimax sobre factor común.	Factores											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
25	La innovación de un medicamento está garantizada en su prescripción	,05	-	,12	,01	,14	,03	,43	,14	,09	-	-	,05
26	La prestación que dispensa le permite capacidad y margen para innovar, si resulta necesario	,18	,08	,10	,20	,49	,14	,06	,14	,10	,01	,06	,25
27	La demora en la atención en la unidad de salud mental, obliga a la prolongación de baja laboral temporal	,10	,15	,08	,03	,14	,01	,09	,04	,52	,03	,03	,14
28	La prescripción farmacológica garantiza el pronóstico evolutivo	,12	,13	,05	,05	,11	,07	,15	,19	,27	,03	,05	,01
29	La evolución positiva justifica la reducción de la dosis prescrita	,09	,15	,11	,15	,02	,05	,07	,12	,36	,08	,39	,04
30	Las dosis mínimas previenen efectos secundarios	,11	,17	,01	,41	,07	,15	,08	,31	,13	,14	,14	,14
31	Los efectos secundarios del fármaco interfieren en la evolución del cuadro	,11	,09	,17	,92	,06	,02	,03	,17	,10	,06	,07	,18
33	La presentación de sintomatología diferente justifica el cambio de prescripción	,09	,11	,11	,24	,06	,06	,14	,06	,07	,11	,17	,11
34	Los síntomas difusos después de la cura, no justifican prolongar la prescripción	,11	,09	,27	,01	,55	,11	,01	,15	,08	,08	,14	,03
35	Confío plenamente en los síntomas referidos por mis pacientes	,23	,07	,16	,05	,07	,01	,05	,05	,25	,07	,85	,19
36	Los pacientes suelen solicitar una reducción de la dosis	,02	,01	,96	,04	,40	,17	,01	,02	,07	,20	,17	,11
37	Los síntomas referidos por mis pacientes no me engañan	,01	,18	,04	,18	,13	,17	,85	,06	,17	,23	,12	,04
38	Los efectos del tratamiento no siempre son visibles a corto plazo	,01	,06	,02	,07	,01	,27	,11	,01	,04	,82	,05	,05
39	La derivación repercute negativamente en el vínculo personal con mi paciente	,00	,04	,24	,01	,06	,93	,13	,27	,30	,32	,06	,03
40	La receta solicitada desde psiquiatría privada permite un margen de contacto con mi paciente superior al de la psiquiatría pública	,03	,08	,12	,15	,11	,02	,11	,09	,03	1,0	,03	,08
41	La derivación entorpece la capacidad de maniobra posterior con mi paciente	,19	,11	,10	,15	,27	,34	,06	,15	,23	,10	,07	,10
42	El problema en salud mental es fácilmente identificable	,02	,15	,10	,00	,08	,34	,46	,05	,39	,00	,19	,03
43	En salud mental la intensidad y gravedad son también equiparables	,50	,16	,68	,42	,16	,31	1,0	,03	,39	1,0	,04	,02

---

# LA SALUD PSICO-FISICA DE LOS TRABAJADORES: UN RIESGO EMERGENTE

---

Juan José Fernández Domínguez  
Susana Rodríguez Escanciano  
Beatriz Agra Viforcós

---

## 1.- INTRODUCCIÓN

La relación laboral, en tanto personal, constituye un factor, junto con otros (ritmo de vida, dificultades de integración social, familiar o sexual, ausencia de comunicación o miedo al porvenir y el final fatal irreversible), capaz de llevar a sufrir patologías psíquicas susceptibles de provocar graves secuelas en el individuo, no en vano el trabajo tiene

una significación muy superior a la mera obtención de unos ingresos económicos, quedando convertido en una fuente muy importante de identidad<sup>4</sup>.

Su dimensión es tanto más trascendente cuanto que la mayor parte de los sujetos dedican buena parte de su vida a prepararse para desarrollar una actividad profesional o a ejecutarla, proyectando, en todos esos momentos, sus anhelos cara a la sociedad, autoestima y realización<sup>5</sup>. Cuando tal no ocurre, la presión e insatisfacción, bajo la forma de estrés en sus distintas modalidades –género con especies significativas en este estudio desgranadas al detalle--, sacudirá a la población obrera de forma importante (de hecho, constituye el segundo problema de salud laboral, afectando al 28 por 100 de los trabajadores)<sup>6</sup>, dando pie al nacimiento de distintas enfermedades psicosomáticas<sup>7</sup>, destinadas a constituir la “nueva epidemia organizativa del siglo XXI”<sup>8</sup> y necesitadas de eficaces tratamientos reparadores<sup>9</sup>. Más que un nuevo fenómeno son, en realidad, riesgos emergentes, en la medida en que en anteriores etapas del modelo de producción su existencia era fácilmente intuible, pero su incidencia sobre la salud mental de los trabajadores se mantenía formalmente oculta<sup>10</sup>; quizá debido, en gran medida, a que los trastornos psíquicos presentan unas características claramente diferentes a los de la esfera física<sup>11</sup>. En efecto, en tanto en cuanto “provocan los mismos o parecidos síntomas...”, podría afirmarse, en una primera acotación, que existe un punto de unión entre los distintos riesgos que justificaría un mismo tratamiento jurídico; en todos los casos, el bien jurídico dañado es la salud y más en concreto la salud psico-física de los trabajadores<sup>12</sup>. Así, conforme muestra la IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, los problemas de salud más comunicados por los trabajadores están, todos ellos, relacionados en mayor o menor medida con el riesgos psicosociales, pues cabe aludir a dolor de espalda (24,7%), dolor muscular (22,8%), fatiga (22,6%), estrés (22,3%), dolor de cabeza (22,5%), irritabilidad (10,5%), problemas de sueño (8,7%), ansiedad (7,8%)... En suma, las principales consecuencias vendrán dadas por enfermedades cardiovasculares, trastornos músculo-esqueléticos y, sobre todo, trastornos psicológicos<sup>13</sup>.

---

<sup>4</sup> ORÓS MURUZÁBAL, M.: “Riesgos psicosociales”, en AA.VV (RIVAS VALLEJO, P., Dir.): *Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. La incapacidad permanente desde el punto de vista médico jurídico*, Cizur Menor (Aranzadi Thomson), 2006, pág. 638.

<sup>5</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, Madrid (Pirámide), 2000, pág. 7.

<sup>6</sup> Según observa la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. [www.Osha.eu.int/new](http://www.Osha.eu.int/new).

<sup>7</sup> RODRIGUEZ, I; GONZALEZ MORALES, M.G. y CARBONELL, S.: “El modelo ‘amigo’ y la metodología ‘prevenlab-psicosocial’”, *Seguridad y Salud en el Trabajo*, núm. 42, 2007, págs. 184 y ss.

<sup>8</sup> PIÑUEL Y ZABALA, I.: “Prólogo”, a la obra de DE MEDIÁVILLA, G.: *¿Por qué la han tomado conmigo?*, Barcelona (Grijalbo), 2003, pág. 19.

<sup>9</sup> GRAU PINEDA, M.C.: “Nuevas estrategias preventivas frente a nuevos riesgos psicosociales”, *Gestión práctica de riesgos laborales: integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, núm. 38, 2007, págs. 18-27.

<sup>10</sup> MARTÍN CHAPARRO, M<sup>a</sup> P.; VERA MARTÍNEZ, J. J.; CANO LOZANO, M<sup>a</sup> C. y MOLINA NAVARRETE, C.: “Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al *burn out* en clave psicosocial”, *Temas Laborales*, núm. 75, 2004, pág. 193 y MARTÍNEZ BARROSO, M.R.: “Reflexiones en torno al Acuerdo Marco Europeo sobre el estrés en el trabajo”, *Aranzadi Social*, núm. 22, 2005, pág. 78.

<sup>11</sup> RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO-FERRER, M.: “Las enfermedades del trabajo”, *RL*, T. II, 1995, pág. 22.

<sup>12</sup> VALLEJO DACOSTA, R.: *Riesgos Psico-Sociales: Prevención, Reparación y Tutela Sancionadora*, cit., pág. 15.

<sup>13</sup> Por extenso, Nota Técnica de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (NTP) 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II)*, 2003 (VEGA MARTÍNEZ, S.). En definitiva, junto a los trastornos psíquicos pueden aparecer consecuencias físicas derivadas de los riesgos psicosociales, habida cuenta éstos terminan viéndose reflejados en el cuerpo humano, transformados en dolencias o incapacidades físicas, SEMPERE NAVARRO, A.V.: “El estrés laboral como accidente de trabajo”, *Aranzadi Social*, núm. 20, 2000, pág. 47 y MARTÍNEZ BARROSO, M.R.: *Las enfermedades del trabajo*, Valencia (Tirant lo blanch), 2002, pág. 172.

Sin embargo, se tiende, aún hoy, a percibir cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial como algo implícito al puesto de trabajo que sólo se actualiza por la vulnerabilidad individual, por algún "fallo" personal<sup>14</sup>. Frente a tal punto de partida, y no negando la importancia del componente subjetivo (apreciación singular de su situación, de su fragilidad a ciertos factores capaces de provocar el estrés, es decir, de sus características propias y estrategias disponibles para afrontarlos), no cabe duda que en la mayor parte de las ocasiones la enfermedad o el problema no obedece tanto a una faceta personal cuanto a la presencia --y exposición-- de estresores laborales<sup>15</sup>, como, entre otros, el cansancio emocional, la despersonalización o una reducida realización<sup>16</sup>. Las mutaciones derivadas del nuevo paradigma de organización del trabajo<sup>17</sup>; el dominio del sector servicios; la intensificación del uso de las nuevas tecnologías de la información; el modelo predominante de competitividad en una economía globalizada o la propia relevancia de la dimensión personal de las relaciones de trabajo están en la base de estos factores de riesgo<sup>18</sup>.

Siendo tal así, cabe interrogarse sobre los motivos a partir de los cuales explicar la ausencia de interés preventivo, pudiendo situar en su base el hecho de que los directivos tienen un mayor conocimiento del "funcionamiento técnico y económico" que del "funcionamiento humano", y, en consecuencia, falta el convencimiento sobre la magnitud de los costes derivados de estos problemas<sup>19</sup> y el compromiso, conscientes de su gravedad, de la necesidad de llevar a cabo una intervención para, si no erradicarlos, sí al menos mermar su incidencia<sup>20</sup>. A tal clave procedería unir algunas otras<sup>21</sup>: 1) La ya mentada concepción de que las causas del estrés son de carácter individual, y sólo afectan a personas predispuestas. 2) La falta de información respecto a la nocividad de los factores derivados de estos riesgos sobre la salud de los trabajadores. 3) El tópico cultural que sigue considerando el estrés como un problema de ejecutivos, y más relacionado con el trabajo intelectual que con el manual, lo cual lleva a concebirlo como inherente al empleo, o a ciertos empleos, y a contemplar la prevención como un asunto de técnicas individuales de autocontrol. 4) Dificultades de evaluación por falta de instrumentos objetivos. 5) En fin, y entre otras más --pero aquí consideradas de menor relieve--, la actitud de incredulidad o escepticismo sobre la posibilidad de eliminar o controlar estos elementos<sup>22</sup>.

---

<sup>14</sup> Según muestra CORREA CARRASCO, M.: "Presentación", en AA.VV (CORREA CARRASCO, M., Coord.): *Acoso moral en el trabajo. Concepto, prevención, tutela procesal y reparación de daños*, Cizur Meron (Aranzadi Thomson), 2006, pág. 9.

<sup>15</sup> Una muestra sobre las distintas teorías tendentes a la clasificación de los estresores laborales puede encontrarse en COOPER, C.L. y MARSHALL, J.: *Understanding Executive Stress*, Londres (MacMillan), 1978; WARR, P.: *Work, unemployment, and mental health*, Oxford (Clarendon Press), 1987 ó PRATT, L.I. y BARLING, J.: "Differing between daily events, acute and chronic stressors: a frame work and its implications", en AA.VV.: *Occupational stress: issues and developments in research*, Nueva York (Taylor and Francis), 1998, págs. 41-53.

<sup>15</sup> ORÓS MURUZÁBAL, M.: "Riesgos psicosociales", en AA.VV (RIVAS VALLEJO, P., Dir.): *Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. La incapacidad permanente desde el punto de vista médico jurídico*, Pamplona (Aranzadi), 2006, pág. 638.

<sup>16</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (7): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>17</sup> Vid. DABAUS-LETOURNEUX, V. y THÉBAUD-MONY, A.: "Organisation du travail et santé dans l'Union européenne", *Travail et Emploi*, núm. 96, 2003, págs. 9 y ss.

<sup>18</sup> MOLINA NAVARRETE, C.: "Nuevas dimensiones de la 'prevención' y el 'aseguramiento' de riesgos profesionales: 'enfermedades del trabajo' y 'riesgos emergentes'", en AA.VV. (MONEREO PÉREZ, J.L; MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M<sup>a</sup>.N., Dirs.): *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, Granada (Comares), 2005, pág. 94.

<sup>19</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>20</sup> NTP 349: *Prevención del estrés: intervención sobre el individuo*, 1994 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>21</sup> NTP 603: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003 (VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>22</sup> MATÍNEZ SELVA, J.M.: *Estrés laboral. Guía práctica para empresarios y empleados*, Madrid (Pearson Educación), 2004, págs. 13 y ss.

Dejando a un lado estas falsas ideas preconcebidas, la insatisfacción laboral, o grado de malestar experimentado por el trabajador con motivo de su prestación laboral, expresa en qué medida las características de la actividad no se acomodan a los deseos, aspiraciones o necesidades. Habitualmente, son ciertos factores de la organización (salario, falta de responsabilidades, malas relaciones, trabajos rutinarios, presión de tiempo, falta de promoción, ausencia de participación, inestabilidad en el empleo...) los que favorecen su aparición<sup>23</sup>. Para identificar tales causas es necesario, pues, tener en cuenta el contenido, las condiciones de prestación de servicios, el tipo de contrato, las relaciones sociales en la empresa, el bienestar y –cómo no– la productividad<sup>24</sup>. Un trabajo será más estresante cuanto más se acerque al siguiente modelo: muchas exigencias profesionales, tanto cuantitativas (sobrecarga de tareas) como cualitativas (trabajo emocional que conlleva esconder sentimientos o a la realización de un gran esfuerzo intelectual o sensorial); poco control sobre la propia labor, es decir, mínimo margen de decisiones sobre el qué, cómo, cuándo, quién y cuánto se lleva a cabo la labor; escasas posibilidades de desarrollo como persona (en general los trabajadores de cuello azul pueden controlar menos su trabajo que los trabajadores no manuales); falta de apoyo social por parte de la organización productiva o de los compañeros; ausencia de compensaciones (realización de tareas por debajo de la propia cualificación, trato injusto, cambios no deseados, escuetas retribuciones...); en fin, la deficiente capacidad subjetiva para afrontar tales factores exógenos, no en vano en muchos casos la propia personalidad del individuo actúa también como detonante<sup>25</sup>.

Aparecen, en la práctica, situaciones muy difíciles de calificar, debido a la interacción de las distintas variables en presencia y a su ocultamiento bajo otro tipo de enfermedades físicas (trastornos gastrointestinales, alteraciones coronarias, neuralgias, problemas musculares...). La mayor parte de los enfoques que tratan de clasificar los diversos elementos desencadenantes del riesgo psicosocial toman como marco de referencia alguno de los tres de los modelos siguientes: el de "demanda-control-apoyo"<sup>26</sup>, el de "inadaptación persona-entorno"<sup>27</sup> y el de "desfase esfuerzo-recompensa"<sup>28</sup>. Atendiendo al primero, procede tener en consideración las tres causas siguientes: los imperativos profesionales (cuantitativos y cualitativos) que, al tiempo, pueden resultar excesivos en cuanto a capacidades, formación, condiciones previas, etc.; el margen de maniobra para tomar decisiones y controlar la propia vida laboral; y, en fin, el apoyo social (afecto y aprecio de los compañeros, apoyo a la propia autoestima, valoración de su desempeño o sentimiento de pertenencia). De conformidad con el segundo, en virtud del cual se valoran la adaptación entre las capacidades del empleado y las demandas del entorno o entre sus necesidades y expectativas y las oportunidades reales que el trabajo ofrece, cabe atender al hecho de que si las exigencias laborales son tan elevadas que difícilmente se les puede hacer frente o si no pueden modificarse las condiciones de realización, la situación genera una importante inestabilidad psíquica, aumentando la rapidez con la que se produce el desgaste y el riesgo de padecer la enfermedad. El tercero de los modelos hace mención al desajuste entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida, de modo que no se proporcione el 'feedback' adecuado entre las expectativas y los resultados

---

<sup>23</sup> DÍAZ DESCALZO, M.C.: "Los riesgos psicosociales en el trabajo: el estrés laboral, el síndrome del quemado y el acoso laboral. Su consideración como accidente de trabajo", *Revista de Derecho Social*, núm. 17, 1998, págs. 183 y ss.

<sup>24</sup> MARTÍN CHAPARRO, M.P.; VERA MARTÍNEZ, J.J.; CANO LOZANO, M.C. y MOLINA NAVARRETE, C.: "Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al 'burnout' en clave psicosocial", cit., 197.

<sup>25</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual de diagnóstico y estadística de las enfermedades mentales (DSM-IV)*, 1996.

<sup>26</sup> KARASEK, R. y THEORELL, T.: *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, Nueva York (Basic Books), págs. 53 y ss.

<sup>27</sup> HACKMAN, J.R.: "Work design", en AA.VV (HACKMAN, J.R. y SUTTLE, J.L., Eds.): *Improving life at work*, Santa Mónica (Goodyear), 1977, págs. 96 y ss.

<sup>28</sup> SIEGRIST, J.: "Adverse health effects of high effort-low reward conditions", *Journal Occupational Health Psychology*, T. I, 1996, págs. 27 y ss.

obtenidos<sup>29</sup>; la amenaza de despido y de paro, la precariedad del empleo, los cambios ocupacionales forzados, la degradación de categoría, la falta de expectativas de promoción y la inconsistencia de estatus son variables importantes en este último modelo<sup>30</sup>.

Bajo esta triple dimensión (unánime en el sentir de cuantos autores se han acercado al tema), y con el propósito de unir este esfuerzo a cuantos muchos otros (fundamentalmente provenientes de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones) han intentado mostrar desnudas y ordenadas las fuentes desencadenantes del estrés laboral como objetivo último a modificar con el fin de pretender una mejora en la salud mental de los trabajadores y en la calidad de vida laboral<sup>31</sup>, sirva el siguiente intento de descripción de elementos causales, al que seguirá el esfuerzo por aquilatar su concepto desde un punto de vista técnico, un estudio de sus consecuencias --fundamental, pero no únicamente, para la Seguridad Social-- y una propuesta de intervención preventiva.

## 2.- CIRCUNSTANCIAS DE LA ACTIVIDAD

Hace ya tiempo que la organización de la actividad de las empresas ha dejado de tener como paradigma los criterios y pautas "tayloristas-fordianos", asentados sobre la producción en masa y el desarrollo de la actividad en el centro de trabajo, con sometimiento a un horario y a la vigilancia y control del empresario, dirigiéndose hacia el diferente paradigma de la especialización flexible<sup>32</sup>. En los modelos postindustriales, las organizaciones producen diversificadamente, según las necesidades del mercado, especializándose en la realización de su fin productivo conforme a las exigencias de calidad y autonomía operativa. La búsqueda de mecanismos de reestructuración y reconversión de las plantillas y de aminoramiento de las "cargas sociales" de las empresas (las contratas pueden jugar como mecanismos de ajuste de efectivos, en combinación con fenómenos de transmisión o sucesión empresarial, al igual que el recurso a las ETTs), y la generalización de nuevas formas de engranaje (grupos de empresas o uniones o agrupaciones de entidades sin vínculos jurídicos, pero determinantes de la dependencia económica o de negocio respecto de otras "principales") que con frecuencia trascienden el ámbito de un país, constituyen ejemplo señero de las transformaciones operadas<sup>33</sup>.

La generalización en la moderna sociedad postfordista de estas nuevas formas de estructurar la actividad, que persiguen optimizar los resultados sin tener prácticamente en cuenta el factor humano, constituyen un caldo de cultivo propicio para la producción de estrés. Lo que era una reacción normal e instintiva del individuo para poder hacer frente

---

<sup>29</sup> MARTÍN CHAPARRO, M.P.; VERA MARTÍNEZ, J.J.; CANO LOZANO, M.C. y MOLINA NAVARRETE, C.: "Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al 'burnout' en clave psicosocial", cit., 199.

<sup>30</sup> MONCADA i LLUÍS, S. y LLORENS SERRANO, C.: "Aproximación a los riesgos psicosociales y a los métodos de evaluación e intervención preventiva", en AA.VV (AGUSTÍ JULIÁ, J.): *Aproximación a los riesgos psicosociales y a los métodos de evaluación e intervención preventiva*, Madrid (CGPJ), 2005, pág. 28.

<sup>31</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., pág. 8

<sup>32</sup> DURÁN LÓPEZ, F.: "El futuro del Derecho del Trabajo", *Relaciones Laborales*, 1986, T. I, págs. 239 y ss.

<sup>33</sup> CASAS BAAMONDE, M.E.: "Las transformaciones del trabajo y de las relaciones colectivas", *Temas Laborales*, núm. 23, 1997, pág. 3.

a situaciones de peligro y garantizar su supervivencia se ha convertido en un mal endémico capaz de causar estragos en el marco de la prestación de la actividad profesional<sup>34</sup>.

## 2.1.- Contenido de las tareas: sobrecarga o falta de cometidos

La cantidad y calidad de las tareas requeridas al empleado pueden influir decididamente en su grado de satisfacción laboral<sup>35</sup>, llegando, en su extremo, a desembocar en auténticas patologías, derivadas, en todo caso, de un claro desajuste ocupacional<sup>36</sup>. De atender al primer factor, el estrés, el *burnout* o la carga mental pueden traer causa de demandas excesivas o sobrecarga en el trabajo<sup>37</sup> (tanto más importante cuanto también falten o sean insuficientes los recursos tecnológicos, personales o sociales puestos a su servicio)<sup>38</sup>; del alto ritmo productivo impuesto, con presiones temporales para decidir o ejecutar, contempladas a partir del tiempo asignado a cada tarea, recuperar retrasos o períodos de esfuerzos con rapidez<sup>39</sup>; de la exigencia de mucha concentración o atención sostenida durante largos períodos<sup>40</sup> (a medir como intensidad para recibir informaciones y elaborar respuestas, así como constancia con que debe ser sustentada o frecuencia de aparición de elementos nuevos<sup>41</sup>, capaces de provocar lapsus o bloqueos que actúan como mecanismos automáticos de regulación del organismo frente a la fatiga)<sup>42</sup>; o, en último término, de encontrarse condicionadas por una burocracia excesiva, estar sometidas a interrupciones excesivas o depender de otros trabajos previos para poder alcanzar el resultado esperado, pudiendo dar lugar a tareas inacabadas que no parecen tener fin<sup>43</sup>.

Cualquiera de estas manifestaciones puede ser el producto de un defectuoso reparto del trabajo, de una deficiente utilización de los recursos materiales por parte de la empresa o de una carencia de medios personales para

---

<sup>34</sup> BARETECH, M.: “El estrés: epidemia laboral del siglo XXI”, *Fomento de la Producción*, núm. 1262, 2006, págs. 10 y 11.

<sup>35</sup> NTP 212: *Evaluación de la satisfacción laboral: métodos directos e indirectos*, 1998 (CANTERA LÓPEZ, F.J.)

<sup>36</sup> FRENCH, J.R.P. y CAPLAN, R.D.: “Organizational stress and individual strain”, en MARROW, A.J.: *The failure of success*, Nueva York (Amacon), 1973, págs. 30 y ss.

<sup>37</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.); NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXAR, C.); NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PEREZ BILBAO, J.); NTP 489: *Violencia en el lugar de trabajo*, 1998 (PEREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.); NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003 (NOGAREDA CUIXART, C.) y NTP 704: *Síndrome de estar quemado o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>38</sup> NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRÉ, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>39</sup> Además de las NTP citadas en las notas precedentes, especialmente NTP 275: *Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su evaluación*, 1997 (NOGAREDA CUIXART, C.) y NTP 574: *Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación*, 1998 (NOGAREDA CUIXART, S.).

<sup>40</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 1999 (DE ARQUER, M.I.) ó NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21) de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006 (MONCADA I LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, S. Y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>41</sup> NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>42</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>43</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PEREZ BILBAO, J. y LOPEZ GARCÍA-SILLA, J.A.).

hacer frente a los cometidos requeridos<sup>44</sup>. No es infrecuente, en este marco –y a modo de ejemplo–, la aparición de síndromes o trastornos psicológicos tan graves como la *work-addiction* o “gripe del yuppie” (la adicción al trabajo capaz de provocar cefaleas, cansancio permanente o falta de memoria) y la “ergodependencia” (tensión que un trabajador siente por razón de su empleo, que puede llegar a provocar una actividad tan intensa que le impida descansar ni un solo día durante grandes períodos de tiempo)<sup>45</sup>.

En el envés, el hostigamiento psicológico laboral puede encontrar vías de ataque apropiadas contra la víctima: no asignándole función alguna, o tareas sin sentido, cuestionando permanentemente sus decisiones sobre cómo y cuándo actuar o juzgando su desempeño como insuficiente de manera ofensiva<sup>46</sup>.

De prestar interés al elemento cualitativo, a los adjetivos interesante, satisfactorio, cabe oponer, como factores de riesgo, otros tales como: peligroso (por el contenido mismo de las labores a desempeñar o por las condiciones bajo las cuales se desarrolla<sup>47</sup>, particularmente relevantes cuando de la violencia se trata<sup>48</sup>), con altas exigencias sociológicas (cuantitativas, cognitivas, emocionales o de esconder emociones)<sup>49</sup>, frustrante por no aparecer claramente definidas las funciones<sup>50</sup> o suponer una infrautilización de sus cualidades<sup>51</sup>, sometido a hipovigilancia<sup>52</sup> o, sobre todo – por ser la queja más común—, monótono o repetitivo, entendiendo por monotonía el estilo de actuación reducida, de lenta evolución, que puede aparecer en el desarrollo de tareas largas, uniformes, aburridas y asociadas normal o principalmente a la somnolencia y disminución o fluctuación del rendimiento<sup>53</sup>.

## 2.2.- Presión de tiempo

---

<sup>44</sup> VELÁQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Madrid (Lettera), 2005, pág. 25.

<sup>45</sup> [www.psycoarea.org](http://www.psycoarea.org)

<sup>46</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A) e, igualmente, NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.).

<sup>47</sup> NTP 438: *Prevención del estrés. Intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 534: *Carga mental: factores*, 1999 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>48</sup> NTP 489: *Violencia en el lugar de trabajo*, 1998 (PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>49</sup> Por todas, NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006 (MONCADA I LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S. y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>50</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-social*, 2003 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>51</sup> Además de las referidas en la nota precedente, NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.); NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.); NTP 444: *Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento*, 1997 (DE ARQUER, M.I. y ONCINS DE FURTOS, C.); NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GRACÍA-SILLA, J.A.) ó NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006 (MONCADA I LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S. y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>52</sup> Debiendo añadir a las precedentemente mencionadas, las NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.) ó, sobre todo, NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRÉ, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>53</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.).

La búsqueda de una mayor productividad, derivada de las exigencias de competitividad empresarial, va a traer aparejada, como lógica consecuencia, una intensificación del ritmo de trabajo, quedando expuesto el trabajador al riesgo de prolongar su jornada laboral de forma sistemática hasta alcanzar la ansiada mejora con la consiguiente falta de descanso entre jornadas laborales, menor número de horas de sueño y reducción del tiempo de ocio<sup>54</sup>.

### 2.2.1.- Agobio de jornada

Después de largos períodos ininterrumpidos de prestación de la actividad, realización de cuantiosas horas extraordinarias, ausencia de descansos semanales y vacaciones anuales, el trabajador puede ser víctima de diversas enfermedades, entre las cuales cobra significativa importancia el síndrome de "fatiga profesional" o "karoshi", típico de los trabajadores japoneses<sup>55</sup>.

Varios ejemplos pueden ayudar a comprender esta afirmación: 1) Los sistemas salariales a destajo o por cantidad de trabajo suelen ir acompañados de una celeridad insostenible para el empleado capaz de provocar una amarga situación de insatisfacción ante la extenuación. 2) La implantación de métodos de producción por objetivos implican una excesiva intensidad en la prestación del servicio, inaguantable en muchas ocasiones. 3) La exigencia de un elevado número de horas de presencia en el centro de trabajo, como consecuencia de una deficiente organización de los recursos o de una cultura laboral basada en prejuicios morales infundados, reducirá el tiempo de descanso. 4) La sujeción a las órdenes de la empresa fuera del tiempo pautado de actividad, mediante la realización de actividades complementarias en el domicilio, provocará una presión continua sobre el empleado. 5) La falta de pausas a lo largo de la jornada, cuestión de especial relevancia cuando las características del trabajo así lo requieren, como ocurre en trabajos con pantallas video terminales o en actividades de fuerte cansancio físico, constituye una fuente importante de agotamiento o fatiga crónica. 6) La prestación de servicios para diversas empresas en régimen de pluriempleo, aun cuando admitido desde el punto de vista legal siempre que no suponga concurrencia desleal, implica un ingente esfuerzo (muchas veces intolerable) para dar satisfacción a las exigencias de las distintas organizaciones productivas con las necesarias dosis de eficacia.

### 2.2.2.- Trabajo nocturno y a turnos

Una de las características de las sociedades tecnológicas avanzadas es la expansión de una demanda de bienes y servicios durante las veinticuatro horas del día, la cual viene acompañada, además, por una capacidad de producción y prestación de servicios capaz de satisfacer dicha demanda. En correspondencia con esta dinámica económica y social, aumenta el número de trabajadores que realizan turnos rotatorios y la cuantía de cuantos desempeñan su prestación en horario nocturno, quienes llegan a alcanzar un porcentaje estimado del 20 por 100<sup>56</sup>. El hecho de realizar el esfuerzo productivo en jornada de noche o en régimen a turnos provoca en el trabajador una

---

<sup>54</sup> Casi la mitad de los trabajadores (el 43,7 por 100) señalan que su ritmo de trabajo viene determinado principalmente por las demandas directas de personas (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes). El cumplimiento de los plazos de tiempo afecta al 19 por 100 de los trabajadores. La velocidad automática de máquinas o el desplazamiento de productos afecta al 6,4 por 100 de los empleados y la determinación de del trabajo de los compañeros al 6,4 por 100. *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. [www.mtas.es](http://www.mtas.es).

<sup>55</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 27.

<sup>56</sup> PINILLA, F y LÓPEZ PELAEZ, M.: "Condiciones de trabajo, flexibilidad y riesgos laborales en la economía tecnológica avanzada: el trabajo rotatorio a turnos y nocturnos en la Comunidad de Madrid", *Sociología del Trabajo*, núm. 57, 2006, págs. 65 y ss.

evidente alteración o desincronización de su ritmo circadiano natural; también de su vida social, sobre todo en aquellos casos en los cuales se plantean cambios de turno breves (cada dos o tres días) y frecuentes de diario a nocturno<sup>57</sup>.

Ciertamente el grado de perturbación variará según circunstancias subjetivas (la edad hará que los mayores y los más antiguos sean los más afectados –habiéndose apuntado, incluso, que, como factores de envejecimiento prematuro, influyen el tipo de trabajo, el sistema de turnicidad o los descansos en nocturnidad, el nivel de atención médica o los factores del entorno familiar--)<sup>58</sup>, pero median también elementos objetivos capaces de romper el equilibrio biológico y relacional<sup>59</sup>. Por acudir a un nivel elemental, es claro que la variación o anormal adecuación de los hábitos alimenticios acaba conduciendo a afecciones más graves, entre ellas las neurofísicas<sup>60</sup>. Los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina también se ven enormemente afectados<sup>61</sup>. Los trastornos en el sueño, al no contemplar todas las fases (significativamente, el sueño rápido o paradójico, llamado a cumplir la labor de recuperación física), provocan un síndrome muy parecido a la fatiga nerviosa o astenia psíquica, caracterizado por una sensación de laxitud capaz de dar pie a una importante dificultad para hacer esfuerzos intelectuales, dar la impresión de tener la “cabeza vacía”, ser más propenso a errores, a faltas; además y si se cronifica, produce alteraciones de tipo nervioso como la hiperestesia emocional, la irritabilidad o la depresión<sup>62</sup>.

En fin, también supone alteraciones en la vida social, llevando a la intolerancia en las relaciones familiares o con los compañeros; o, por el contrario (y, sobre todo, en el trabajo nocturno), a considerarse aislado o innecesario, creando un sentimiento de inferioridad al que suelen acompañar descargas cansinas y una sintomatología de tipo vegetativo<sup>63</sup>.

## 2.3.- Ambigüedad y conflicto en el papel a asumir en el trabajo

Un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre las conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición (“persona focal”). Esas expectativas y demandas son emitidas por los miembros del conjunto de rol, que incluye a todos los individuos y/o grupos que son afectados de alguna manera por la conducta de la persona focal y tienen o pretenden tener, de uno u otro modo, la capacidad de influir sobre la conducta de aquella emitiendo expectativas y demandas para ello. Así pues, el rol se elabora y se desempeña en el

---

<sup>57</sup> MONK, T.H. y FOLKARD, S.: “Circadian rhythms and shiftwork”, en HOCKEY, R.: *Stress and fatigue in human performance*, Chichester (John Wiley and Sons), 1983.

<sup>58</sup> NTP 260: *Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos*, 1989 (UBEDA ASENSIO, R.).

<sup>59</sup> Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Andalucía/Granada 9 mayo 2005 (AS 2005, 1733).

<sup>60</sup> NTP 310: *Trabajo nocturno y a turnos: alimentación*, 1993 (NOGAREDA CUIXART, S.).

<sup>61</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., pág. 43.

<sup>62</sup> NTP 260: *Trabajo a turnos: efectos médico-patológicos*, 1989 (UBEDA ASENSIO, R.).

<sup>63</sup> NTP 455: *Trabajo a turnos y nocturnos: aspectos organizativos*, 1997 (NOGAREDA CUIXART, C. y NOGAREDA CUIXART, S.) ó NTP 502: *Trabajo a turnos: criterios para su análisis*, 1998 (NOGAREDA CUIXART, C. y NOGAREDA CUIXART, S.).

marco de la interacción social que protagonizan la persona focal y los emisores de rol que componen su conjunto de rol. Cuando los miembros del conjunto de rol envían a la persona focal demandas y expectativas incompatibles entre sí provocan una situación estresora de "conflicto de rol"; cuando remiten expectativas con información insuficiente se produce una situación de "ambigüedad de rol". Una vez evaluadas y constatadas, por parte del sujeto, las dificultades o la imposibilidad de afrontar adecuadamente esas situaciones aparecen las experiencias subjetivas de "estrés de rol"<sup>64</sup>.

Aplicando esta teoría, procede tomar en cuenta cómo la ubicación del trabajador dentro de una especialidad, categoría o grupo profesional y la asignación de un puesto concreto le otorga un conjunto de derechos y deberes ciertos (*status*) y, *a priori*, habría de servir para delimitar el papel determinado que está llamado a cumplir ("rol"), como patrón de comportamiento que de él se espera. Los problemas surgen cuando median dudas en este aspecto o, por supuesto, si cuanto acontece es un abierto conflicto con aquellas demandas, provocando estrés<sup>65</sup>, *burnout*<sup>66</sup>, carga mental o fatiga<sup>67</sup>, *mobbing*<sup>68</sup>, y, en general, riesgos psicosociales en sus distintas manifestaciones<sup>69</sup>. El conflicto y la ambigüedad de rol se producen, por tanto, "cuando existe una discrepancia entre lo que espera el trabajador y la realidad de lo que le exige la organización" o cuando "falta claridad sobre el trabajo a desempeñar o los objetivos buscados por el proceso productivo"<sup>70</sup>.

La ambigüedad proviene de la incertidumbre creada en el empleado al no tener configurada con claridad su posición en la empresa, por carecer de puntos de referencia nítidos para desempeñar su labor y relacionarse, o por ser aquéllos inadecuados. En definitiva, dispone de una información inapropiada (por imprecisa, ausente, incoherente, incomprendible, tardía, interpretable de distintas maneras y cambiante o con graves diferencias en su recogida, tratamiento y transmisión)<sup>71</sup> sobre su función en los objetivos de su trabajo, su autoridad y responsabilidades y comunicación con los demás<sup>72</sup>.

---

<sup>64</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., pág. 51.

<sup>65</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTIN DAZA, F.); NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTIN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRÉ, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>66</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.) ó NTP 732: *Síndrome de estar quemado o 'burnout' (II): Instrumentos de medición*, 2007 (BRESÓ ESTEVE, E.; SALNOVA, M.; SCHAUFELI, W. y NOGAREDA, C.).

<sup>67</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 2001 (DE ARQUER, M.I.); NTP 534: *Carga mental: factores*, 2005 (DE ARQUER, M.I.) ó NTP 659: *Carga mental de trabajo: diseño de tareas*, 2005 (DE BROQUER, M.I.). Anterior en el tiempo, pero muy completa al respecto, NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTIN DAZA, F. y PEREZ BILBAO, J.).

<sup>68</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 2001 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCIA-SILLA, J.A.).

<sup>69</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003 (VEGA MARTÍNEZ, S.) y NTP 703: *El método COPSQ (ISTAS 21, PSQCAT 21) de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006 (MONCADA i LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S. y VEGA MARTINTEZ, S.).

<sup>70</sup> MUNUERA MORENO, G.: *Estrés laboral. Mobbing y organización del trabajo*, Madrid (CC.OO. Federación de Servicios y Administraciones Públicas), 2002, págs. 69 y ss.

<sup>71</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTIN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PEREZ BILBAO, J.).

<sup>72</sup> NTP 388: *Ambigüedad y conflicto de rol*, 1995 (DE ARQUER, M.I.; MARTIN DAZA, F. y NOGAREDA, C.).

El conflicto trae causa en determinadas exigencias, que son incongruentes o incompatibles a la hora de realizar el trabajo. El origen puede ser muy diverso: a) Percibir que una o más personas de la unidad productiva tienen opiniones divergentes sobre qué ha de hacerse o cómo ha de actuarse. b) Falta de conciencia hacia un mismo objetivo capaz de trastocar los esquemas y planteamientos del afectado. c) Recibir demandas que pudieran suscitar problemas entre distinta gente o entre tareas muy numerosas o difíciles. d) Exigencias de actividades o de mantener conductas que no quiere realizar, bien porque son inútiles y sin contenidos, bien por resultar contrarias a sus creencias o valores. d) Llevar a expectativas de comportamientos que se esperan de quien, además, tiene otros objetivos distintos que debe o quiere compatibilizar; en ejemplo señero, la mujer que quiera conciliar su vida laboral con la personal y familiar, propensa a cuanto ha sido calificado como "sobrecarga de rol"<sup>73</sup>.

En consecuencia, el trabajador se ve forzado a actuar contra sus propios principios, creencias o convicciones, o se encuentra permanentemente confuso respecto a cuáles sean sus competencias o responsabilidades dentro de la empresa<sup>74</sup>, lo cual le provoca tensión, ansiedad, agotamiento emocional, depresión, fatiga, quejas somáticas, propensión a abandonar la organización, sentimientos de resentimiento y pérdida de autoestima<sup>75</sup>.

## 2.4.- Aislamiento

El ser humano es, por definición, un ser sociable y necesita de sus semejantes<sup>76</sup>, razón por la cual el hecho de realizar la actividad productiva en soledad, sin otras personas que desarrollen su labor en el mismo recinto, por lo general sin contacto visual tampoco con otros hombres y mujeres y, a menudo, sin poder ser oídos sin el uso de aparatos eléctricos o electrónicos, puede llevar a un desequilibrio en el individuo con conductas alteradas en, al menos, un triple nivel<sup>77</sup>: 1) Cognitivo, derivado de la falta de información, formación o medios, cuya carencia obliga, para tomar decisiones, a recurrir a la propia experiencia, sin poder intercambiar conocimientos u opiniones con otros, lo cual hace que elaborar respuestas sea más difícil, llevando a la incertidumbre o al error. 2) De fatiga patológica, como una carga que podría traducirse en un sentimiento insoportable de lejanía y/o angustia o estrés. 3) Socio-afectivo, sobre todo en los trabajos de carácter rutinario, que deriven en aburrimiento, descenso de la vigilancia o pérdida de la noción del tiempo.

El aislamiento, no sólo físico sino también psicológico le impedirá, por ende, encontrar cualquier tipo de apoyo en sus compañeros, quedando sumido en una situación insoportable de vacío y viendo seriamente medrada su autoestima. Todo ello sin olvidar que el trabajador es consciente de que los puestos apartados o solitarios están más

---

<sup>73</sup> Cabría, de este modo, distinguir cinco tipos de conflicto de rol: intra-emisor (un mismo emisor presenta demandas incompatibles); inter-emisor (las demandas de un emisor son incompatibles con las de otro); inter-roles (demandas incompatibles de emisores de distintos roles que desempeña una misma persona); persona-rol (demandas de los emisores incompatibles con los propios valores personales) y sobrecarga de rol (incompatibilidad de demandas derivadas de la falta de tiempo). KHAN, R.L. *et al*: *Organizational Stress: Studies in role conflict and ambiguity*, Nueva York (Jhon Wiley and Sons), 1964.

<sup>74</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, Murcia (Laborum), 2004, pág. 83.

<sup>75</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., pág. 53.

<sup>76</sup> BONA, M. y OLIVA, U.: "El fenómeno del *mobbing*", en MONATERI, P.; BONA, M. y OLIVA, U.: *Mobbing. Vessazioni sul lavoro*, Milán (Giuffrè), 2000.

<sup>77</sup> NPT 344: *Trabajos en situación de aislamiento*, 1995 (CONCINS DE FRUTOS, M.).

expuestos a sufrir violencia física proveniente de personas ajenas a la empresa, lo cual puede sumirle, además, en una situación de terror continua<sup>78</sup>.

Problemas particulares presentan aquellos sujetos cuyo trabajo les obliga a pasar considerables períodos de tiempo lejos de su hogar de modo regular (marinos y submarinistas, personal del ejército, empleados del petróleo, conductores de camiones de largo recorrido...), pues pueden quedar tan negativamente afectados por la sensación de lejanía y abandono que podían sufrir episodios continuos de diversos síndromes ansioso depresivos<sup>79</sup>.

### 3.- ESTRUCTURA Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

El creciente aumento del sector servicios, junto con las nuevas fórmulas organizativas tendentes a la optimización de los resultados del trabajo, supone que los empleados están sometidos a constantes y cada vez más complejas relaciones interpersonales. Estas relaciones socio-profesionales se desenvuelven en un mercado de trabajo cada vez más dualizado y segmentado, donde valores como el compañerismo y la solidaridad están en crisis, primando otros como la competitividad y el afán de promoción profesional, objetivos lícitos en sí mismos (todo el mundo tiene derecho a prosperar), pero que en determinadas circunstancias y ambientes degeneran en auténticos comportamientos patológicos. La aparición de estos fenómenos en las relaciones laborales se ve favorecida, también, por la creencia (errónea a todas luces) de que un estilo de mando autoritario, que presione sistemáticamente a los subordinados, permite obtener mayor rentabilidad<sup>80</sup>.

#### 3.1.- Rigidez o dejación en el gobierno empresarial

Una organización del trabajo caracterizada por la ausencia de ética y de respeto en las relaciones personales, por la inexistencia o inadecuación de reglas de funcionamiento, donde no hay certeza sobre el reparto de roles o los criterios de distribución de las tareas y, por el contrario, rige la arbitrariedad, los comportamientos incívicos e impera una sensación de impunidad generalizada frente a cualquier extralimitación que pudiera producirse, constituye, sin duda, un contexto propicio para la aparición, desarrollo y situaciones de malestar psicológico<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 39.

<sup>79</sup> PARKER, K.R.: "Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales", en AA.VV (BUENDÍA, J., Ed.): *Estrés laboral y salud*, Madrid (Biblioteca Nueva), 1998, pág. 94.

<sup>80</sup> CAVAS MARTÍNEZ, F.: "El Acuerdo Marco Europeo sobre acoso y violencia en el trabajo", *Aranzadi Social*, núm. 11, 2007, pág. 13.

<sup>81</sup> CORREA CARRASCO, M.: "El concepto jurídico de acoso moral en el trabajo", en AA.VV (CORREA CARRASCO, M., Coord.): *Acoso moral en el trabajo. Concepto, prevención, tutela procesal y reparación de daños*, Cizur Menor (Aranzadi Thomson), 2006, pág. 53.

La estructura bajo la cual queda configurada la organización de la empresa y su estilo de dirección (incluidos los cambios acaecidos en la misma)<sup>82</sup> afectan de manera decisiva al bienestar mental y social de los empleados. De este modo, si la misma es deficiente y la supervisión inadecuada conformarán en sí mismos factores claros de riesgo<sup>83</sup>. Basten algunos ejemplos para mostrarlo<sup>84</sup>:

1.- Una estructura muy jerarquizada y rígida, con un estilo de gestión autoritario<sup>85</sup> ("en la que la obediencia plena es un elemento esencial")<sup>86</sup>, donde es muy bajo o falta el consenso o diálogo en la adopción de decisiones y los valores fundamentales son el poder y el control, en vez de la racionalidad y la productividad<sup>87</sup>, lleva directamente a que la "despersonalización" acabe afectando a la salud del empleado<sup>88</sup>, pues se trata de controlar al trabajador, no el resultado final de su esfuerzo productivo (muy alejado en sus planteamientos, por tanto, de los modernos estilos de dirección por objetivos, individuales y colectivos)<sup>89</sup>. La existencia de organizaciones excesivamente inflexibles y complejas, con un organigrama articulado en torno a numerosos niveles jerárquicos fuertemente burocratizados o con dirección muy autoritaria<sup>90</sup> provocan, pues, grandes posibilidades de padecer una patología psicosocial. Todo ello acompañado de una mala gestión de los conflictos, frente a los cuales se reacciona negándolos, incluso aun cuando trasciendan, o "desembarazándose" de ellos a través de bajas médicas o despidos<sup>91</sup>, y olvidando cómo el ejercicio del poder basado en recompensas o castigos sólo produce acatamientos externos<sup>92</sup>, y "conduce, inevitablemente, a una mayor agresividad en las relaciones humanas"<sup>93</sup>.

En este contexto, no cabe olvidar cómo los centros en los cuales el empresario ejerce de forma abusiva sus facultades directivas, tomando decisiones que constantemente pueden afectar a las funciones o tareas encomendadas a los trabajadores o a otros aspectos organizativos de la relación laboral (en una especie de "tiranía") constituyen un

---

<sup>82</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>83</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>84</sup> HIRIGOYEN, M.F.: *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*, Barcelona (Paidós), 2001, págs. 165 y ss.

<sup>85</sup> GONZÁLEZ CUEVAS, A.: "Una aportación desde UGT respecto del acoso moral en el trabajo", *Lan Harremanak*, núm. 7. 2002, pág. 210.

<sup>86</sup> Según la describe la Sentencia del Juzgado de lo Social, núm. 4, Sevilla 26 diciembre 2002 (AS 2003/3004).

<sup>87</sup> GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA, J.L.: "El síndrome de acoso institucional", en [www.terra.es/personal7/agacamt/articulos](http://www.terra.es/personal7/agacamt/articulos).

<sup>88</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A.); NTP 489: *Violencia en el lugar de trabajo*, 1998 (PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>89</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>90</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral*, Murcia (Laborum), 2004, pág. 42.

<sup>91</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A.).

<sup>92</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>93</sup> ESCUDERO MORATALLA, J.F y POYATOS i MATAS, G.: "Acoso laboral: diversas posibilidades procesales para ejercitar la acción", *Temas Laborales*, núms. 47-48, 2003, pág. 804.

importante caldo de cultivo para la aparición de un claro malestar. Aun cuando estas decisiones pueden estar fundamentadas en los márgenes de actuación del poder directivo y, por ello, formarían parte del ejercicio cotidiano del *ius variandi*, lo cierto es que si las mismas no se producen dentro de un marco reglado, pueden llegar a ser arbitrarias o caprichosas, provocando el sometimiento de uno o varios empleados a cambios continuos de puesto de trabajo, la asignación permanente de tareas adicionales o una distribución arbitraria de las mismas. Comportamientos de este tipo pueden concebirse como actuaciones desviadas del fin institucional de la facultad conferida en España por el art. 20 ET y contrarias a los derechos de los trabajadores, repercutiendo negativamente en su bienestar emocional. En definitiva, la denegación de ocupación efectiva o el uso injustificado de las facultades de movilidad funcional o modificación sustancial de las condiciones laborales son instrumentos a través de los cuales suelen suscitarse habituales supuestos de estrés.

Conectada también con un ejercicio abusivo de las facultades directivas, aunque con matices propios, no es infrecuente la existencia de una serie de prácticas empresariales de carácter despótico en las cuales la productividad constituye un fin en sí mismo con abstracción de los medios para alcanzarla. Son prácticas consistentes en el sometimiento de los empleados (a todos o a gran parte de ellos) a una presión constante (sobrecarga laboral, miedos, amenazas, fomento de la competitividad encarnizada, supervisión del trabajo mediante vigilancia electrónica permanente --*stalking*--...) como medio para incrementar su dedicación y rendimiento. Estos métodos, anclados en una concepción desconocedora del valor del capital humano, convierten el ambiente de trabajo en un espacio hostil y deshumanizado capaz de generar patologías sociolaborales asociadas al estrés<sup>94</sup>.

2.- En el extremo opuesto cabe situar aquellas empresas con una organización extremadamente pobre y ausencia de interés, apoyo o relación con los superiores<sup>95</sup>, faltando contundencia y precisión en las normas o instrucciones, que impiden cumplir su objetivo<sup>96</sup>; careciendo de un liderazgo claro, lo cual da lugar a que aparezcan "jefes" espontáneos o no oficiales<sup>97</sup> y se asuman como normales la imprevisibilidad en las tareas, conflictos de rol y la ausencia de refuerzos<sup>98</sup>, dada la falta de líneas meridianas de actividad, competencia y responsabilidad<sup>99</sup>; fallando el apoyo o soporte instrumental<sup>100</sup> y de compromiso por los superiores<sup>101</sup>, con la consiguiente deficiencia de organización diaria<sup>102</sup>, ausencia de coordinación entre las diferentes personas vinculadas, secciones o departamentos<sup>103</sup>,

---

<sup>94</sup> CORREA CARRASCO, M.: "El concepto jurídico de acoso moral en el trabajo", en AA.VV (CORREA CARRASCO, M., Coord.): *Acoso moral en el trabajo. Concepto, prevención, tutela procesal y reparación de daños*, Cizur Menor (Aranzadi Thomson), 2006, pág. 67.

<sup>95</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A) ó NTP 489: *Violencia en el lugar de trabajo*, 1998 (PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>96</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>97</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A).

<sup>98</sup> NTP 703: *El método COPSQQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos sociales*, 2006 (MONCADA i LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>99</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>100</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.) ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>101</sup> NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRÉ, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>102</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A.).

insensibilidad ante los supuestos de acumulación de trabajo<sup>104</sup> o, en fin, y con carácter general, desigualdad percibida en la gestión de los mal llamados “recursos humanos”<sup>105</sup>.

En este modelo de dirección pasiva, o de “*laissez-faire*”, suele existir una pobre comunicación entre los distintos niveles de la empresa, los trabajadores han de enfrentarse por sí mismos a la resolución de los problemas que se planteen en su actividad con escaso apoyo de sus supervisores, careciendo de objetivos y pautas de actuación definidos. Este es el caldo de cultivo para que se produzcan conflictos entre compañeros que nadie resuelve o que surjan de forma espontánea organizaciones *de facto* que agrupan a ciertos colectivos y que marquen unas propias reglas de juego al margen de la dirección formal de la unidad productiva<sup>106</sup>.

Las estrategias de aparente flexibilidad en este tipo de organizaciones (contractual, en la ordenación de la jornada, funcional, salarial, geográfica), en realidad implican también un aumento de la discrecionalidad, tienen como efecto un incremento de la inseguridad y una disminución del control sobre las condiciones laborales, que pueden verse variadas contra la voluntad del trabajador (cambio de tareas y responsabilidades, modificaciones de horario o turno, de centro de trabajo, días de actividad no previstos, polivalencia funcional...), repercutiendo sobre su vida personal y su estabilidad emocional<sup>107</sup>.

3.- En un espacio intermedio, que quiere aproximarse a las primeras pero acaba, por sus resultados, pareciéndose mucho más a las segundas, cabe aludir a las entidades fuertemente burocratizadas<sup>108</sup>, proclives a la aparición de múltiples jerarquías<sup>109</sup>, saturando las redes de comunicación (las órdenes y el “papeleo” parecen constituir un fin en sí mismo)<sup>110</sup> y prescindiendo de eventuales colaboraciones en caso de acumulación de tareas o necesidades personales, pues la instrucción múltiple es, por sí misma, un patrón capaz de desequilibrar al trabajador<sup>111</sup>.

### 3.2.- Control sobre la actividad

La percepción de controlar el trabajo provoca una indudable sensación de seguridad para quien lo desempeña; lo contrario le acarrea una incertidumbre capaz de minar su confianza y afectar –perturbando—su personalidad.

---

<sup>103</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>104</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>105</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>106</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 31.

<sup>107</sup> MONCADA i LLUÍS, S. y LLORENS SERRRANO, C.: “Aproximación a los riesgos psicosociales y a los métodos de evaluación de intervención preventiva”, en AA.VV (AGUSTÍ JULIÁ, J., Dir.): *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y Seguridad Social*, Madrid (CGPJ), 2005, pág. 38.

<sup>108</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, cit., pág. 42.

<sup>109</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A.).

<sup>110</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>111</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

Varios elementos confluyen a la hora de provocar este pernicioso efecto:

### 3.2.1.- Falta de autonomía

Entendida como capacidad para dominar su actividad, que se pierde cuando el empleado carece de la facultad para tomar decisiones o planificar tareas<sup>112</sup>, disfruta de muy poco margen para establecer u ordenar la forma o método para realizarlas --si las conoce--<sup>113</sup>, habida cuenta la presencia de una estricta supervisión<sup>114</sup>, o no tiene una mínima libertad para establecer los tiempos de trabajo y descanso (ritmo, elección de turnos, horarios flexibles...) <sup>115</sup>. Aparece así otro importante factor de riesgo psicosocial a situar en que el individuo se vea constreñido a realizar sus tareas sin poder decidir sobre el modo o la forma de ejecutarlas, poniendo en práctica sus conocimientos profesionales<sup>116</sup>.

Ciertamente todo es cuestión de niveles<sup>117</sup>, y por eso factores como el exceso de demanda, si ligado a la autonomía, provocará un "estrés positivo, motivado y realizado" (abogados, ingenieros, directivos, periodistas o médicos) y, sin ella, adquirirá un sesgo negativo; también aparece relacionado --obviamente-- con la tensión en el trabajo, más difícil de implantar en aquellas actividades donde es alta (operarios sujetos al ritmo de las máquinas --montadores, cortadores, manipuladores de cargas...--) que en cuanto otras que presentan una dimensión, *a priori*, baja (por ejemplo, profesores de Universidad o empleados de reparaciones o instalaciones)<sup>118</sup>.

Elementos tales como el exceso de burocracia ("burocracia preformalizada")<sup>119</sup> o la falta de reconocimiento de los resultados, reforzando o recompensando los logros, resultan ser fundamentales: el primero, al constituir un obstáculo evidente por mor de la intervención "obsesiva" de elementos interpuestos siempre justificados; el segundo<sup>120</sup>, en cuanto se siente una falta de reciprocidad derivada de percibir que se da menos de lo que se recibe, que más que personas son objetos, pues sólo importa su esfuerzo<sup>121</sup>, lo cual puede mostrarse en cambios no deseados, falta de perspectivas de promoción o realización de tareas por debajo de su capacidad<sup>122</sup>, pero, sobre todo, ausencia de

---

<sup>112</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>113</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>114</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>115</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F.); NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación* (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.) ó NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos sociales*, 2006 (MONCADA I LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S. y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>116</sup> Atendiendo a los datos estadísticos, aun cuando el 51 por 100 de los trabajadores puede modificar siempre que quiera o por lo menos algunas veces algunos aspectos de la prestación de servicios, lo cierto es que el 48 por 100 nunca puede introducir variaciones. Así lo recoge la *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del INSHT*. [www.mtas.es](http://www.mtas.es).

<sup>117</sup> NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.).

<sup>118</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003 (VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>119</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>120</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.) ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>121</sup> NTP 732: *Síndrome de estar quemado o 'burnout' (III): Instrumentos de medición*, 2007 (BRESÓ ESTEVE, E.; SALANOVA, M.; SCHAUFELI, W. y NOGAREDA, C.).

<sup>122</sup> NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos sociales*, 2006 (MONCADA I LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S y VEGA MARTÍNEZ, S.).

estabilidad laboral (como “estresores económicos”)<sup>123</sup>, apreciada como una situación contingente que depende sólo del “mercado” o de normas actuales sobre condiciones de trabajo, valores, etc.<sup>124</sup>; en definitiva, de constituir “solo un instrumento a corto plazo”<sup>125</sup>.

Por lo demás, en el intento de conseguir mayor autonomía a partir de una ampliación de tareas (incluso una asignación de unidades completas de trabajo) se debe contar con la cautela que ésta puede llevar a otros problemas similares desde un punto de vista cualitativo, a riesgo de pasar de la escasez --falta de autonomía-- al exceso --estrés o carga mental--; al igual que ocurre con la rotación destinada a conseguir un personal polivalente e intercambiable, pues puede conducir a un deterioro de las relaciones sociales debido a la interposición intereses personales derivados del cambio periódico de puestos ordenado a conseguir una mayor realización del trabajador<sup>126</sup>.

En el envés de la autonomía, como objetivo deseable, cabe situar la responsabilidad<sup>127</sup> que, de ser excesiva, llevará, sin transición, de un factor de riesgo a otro<sup>128</sup>, provocando, así, una clara descompensación entre la pretensión inicial y la consecuencia final<sup>129</sup>. Los trabajos de muy alta demanda o exigencia, en los cuales un pequeño error puede acarrear consecuencias serias o incluso desastrosas entrarán dentro de este supuesto.

### 3.2.2.- Ausencia de adaptación al puesto

En íntima relación con la percepción subjetiva de la dificultad que para el empleado tiene su trabajo, el esfuerzo de adaptación que ha de realizar a las modificaciones introducidas en su puesto será tanto mayor cuanto las características o condiciones laborales más pongan a prueba sus capacidades y/o menos respondan a sus expectativas o necesidades. La ausencia de ajuste entre las exigencias y los conocimientos del trabajador, bien porque los exigibles para la plaza ocupada sean superiores, bien porque sean muy inferiores a los que él posee, provoca consecuencias indeseables para la estabilidad emocional. En el primer caso, el empleado se ve expuesto a la tensión de hacer frente a demandas para las que no está preparado por no poseer las habilidades cognitivas oportunas, mientras que en el segundo ha de hacerlo a exigencias demasiado elementales, lo cual le provoca una profunda insatisfacción y desgaste profesional, al no ver cumplidas unas expectativas personales acordes a los esfuerzos realizados<sup>130</sup>.

Así, la incorporación de nuevas formas de trabajo al proceso productivo puede aprovecharse por muchas empresas, en su afán por la continua mejora de los resultados, para atender contra el factor humano. Estas organizaciones

---

<sup>123</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>124</sup> NTP 534: *Carga mental: fatiga*, 1999 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>125</sup> NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.).

<sup>126</sup> NTP 444: *Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas*, 1997 (DE ARQUER, M.I. y ONCINS FRUTOS, M.).

<sup>127</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>128</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>129</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>130</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 22.

actúan como “exprimidores”, en tanto exigen al trabajador la máxima rentabilidad y una vez “gastado” (“quemado” o “agotado profesionalmente”) se deshacen de él, ora mediante un despido indemnizado, ora a través de técnicas de acoso que fueren su dimisión o le induzcan a cometer errores capaces de justificar la extinción de su contrato<sup>131</sup>. El fenómeno se vincula directamente con un sistema productivo “donde la actividad humana cada vez es menos indispensable”<sup>132</sup>.

Sin llegar a este deplorable extremo, es conocido de todos cómo la innovación tecnológica, origen de la denominada tercera revolución industrial, encuentra pilar y exponente fundamental en la extensa e intensa utilización de la informática en la actividad productiva<sup>133</sup>. Tal circunstancia ha afectado de manera determinante tanto a los instrumentos y herramientas de trabajo, como, y decisivamente, al desenvolvimiento de las relaciones en la empresa<sup>134</sup>. Las llamadas “nuevas” tecnologías (informática, robótica, ofimática, cibernética o telemática), asociadas a la microelectrónica y relacionadas con la información y la comunicación, adquieren ahora connotaciones inéditas, capaces de motivar transformaciones en las tareas y puestos de trabajo y también cambios en los sistemas de actividad, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas<sup>135</sup>. Estas circunstancias pueden dar lugar a nuevos factores de riesgo psicosocial derivados de un doble cúmulo de factores: de un lado, un empobrecimiento del puesto de trabajo al reducir las habilidades y capacidades requeridas; de otro, un empleo excesivamente exigente en relación con las aptitudes del trabajador.

En este contexto, la falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías se muestra como un grave problema<sup>136</sup>, a traducir “en una enfermedad originada por la falta de habilidad o incompetencia de los usuarios, dadas las altas dimensiones laborales generadas con las técnicas de información y comunicación (TIC’s), ante las cuales fallan los recursos personales: autoeficacia en el medio y capacidad de aprendizaje”<sup>137</sup>. En el otro extremo, la tecnificación puede provocar un excesivo reparto y distribución de las tareas, careciendo de importancia directa en la consecución del producto final, convirtiendo el trabajo en monótono o repetitivo y provocando una sensación de fuerte frustración<sup>138</sup>.

Gran parte de estos problemas pueden provenir de las estrategias seguidas a la hora de introducir las nuevas tecnologías, centradas únicamente en las máquinas y no en los usuarios<sup>139</sup>, sin participación activa de los trabajadores

---

<sup>131</sup> MUNUERA MORENO, G.: *Estrés laboral. Mobbing y organización del trabajo*, Madrid (CC.OO. Federación de Servicios y Administraciones Públicas), 2002, pág. 53.

<sup>132</sup> ESCUDERO MORATALLA, J.F. y POYATOS I MATAS, G.: “Acoso laboral: diversas posibilidades procesales para ejercitar la acción”, *AL*, núm. 47/48, 2003, pág. 804.

<sup>133</sup> PÉREZ PÉREZ, M.: “Formación profesional y nuevos sistemas tecnológicos”, en AA.VV.: *V Jornadas Universitarias Andaluzas de Derecho del Trabajo y Relaciones Laborales*, Madrid (MTSS), 1987, págs. 313 y ss.

<sup>134</sup> CASTILLO, J.J.: *Informatización, trabajo y empleo en las pequeñas empresas españolas*, Madrid (MTSS), 1991, pág. 79.

<sup>135</sup> PEIRÓ, J.M.: *Organizaciones: nuevas perspectivas psicociológicas*, Barcelona (PPU), 1990.

<sup>136</sup> NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>137</sup> NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRÉ, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>138</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 21.

<sup>139</sup> BLACKER, F. y BROWN, C.: “Alternative models to guide the design and introduction on the new information technology into work organizations”, *Journal of Occupational Psychology*, núm. 59, 1986, págs. 287-313.

y sin la menor progresión en la implantación (v.gr. "modelos-piloto"), de modo que al elemento cambio se añade el de sorpresa, seguido de una falta de preparación adecuada<sup>140</sup>.

Además de estos referentes al empobrecimiento o sobre-enriquecimiento de las tareas desarrolladas, la aplicación de la informática a la gestión de personal (el denominado "*management information system*" o "*scientific management*"<sup>141</sup>) provoca, por sí misma, una metamorfosis de la actividad laboral que, de altamente esquematizada y fungible, deviene sensiblemente personalizada y rígidamente controlable y controlada<sup>142</sup>, poniendo en peligro algunos de los aspectos más vulnerables de la personalidad humana, la dignidad y la intimidad del individuo, capaz de dar pie a consecuencias nefastas para su estabilidad emocional<sup>143</sup>. Conlleva, en definitiva, como otro efecto pernicioso, un auténtico "control capilar", altamente estresante a traducir en la práctica en dos grandes especies<sup>144</sup>:

De un lado, los controles coetáneos a la prestación de trabajo y en el ámbito de la empresa, realizados sobre quienes desempeñan sus funciones haciendo uso de un ordenador conectado a otro central (*software* aplicado a videoterminals) como elemento de trabajo. Significativamente cabe aludir, a este respecto, a los efectuados sobre los accesos o desplazamientos del trabajador en el lugar de trabajo a través de puertas gobernadas electrónicamente y con un lector conectado a un ordenador (*badges* con códigos de identificación personal), a los realizados sobre las llamadas telefónicas efectuadas gracias a la conexión del teléfono utilizado por el trabajador con una centralita "computerizada", a los efectuados sobre el uso del correo electrónico y de internet<sup>145</sup> y, cómo no, a los controles biométricos y los identificadores por radiofrecuencia como sistemas de localización a distancia<sup>146</sup>.

De otro, la vigilancia realizada a partir de informaciones obtenidas mediante la elaboración o tratamiento automatizado de datos del trabajador, provengan éstos del propio empleado, hayan sido recabados a partir de su actividad o procedan de informaciones facilitadas por terceros (anteriores empresarios, sobre todo, pero también --y a modo de mero ejemplo-- compañías de seguros, asociaciones, bancos, etc.)<sup>147</sup>. Cuando la acumulación de tales datos se acompaña, además, de una reelaboración de los mismos, operando con la memoria del ordenador, el resultado puede ser una reconstrucción bastante aproximada del perfil ideológico, sindical o moral del empleado<sup>148</sup>.

---

<sup>140</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>141</sup> SIMITIS, S.: "Developments in the protection of worker's personal data", *Conditions of Work Digest*, Vol. 10/2, 1991, pág. 7.

<sup>142</sup> PERONE, G.C.: "Rivoluzione tecnologica e Diritto del Lavoro", *Gior. Dir. Lav.*, núm. 26, 1985, págs. 243 y ss.

<sup>143</sup> CARDONA RUBERT, M.B.: "Tutela de la intimidad informática en el trabajo", *Revista de Derecho Social*, núm. 6, 1999, pág. 24.

<sup>144</sup> Siguiendo a CARDONA RUBERT, M.B.: "Tratamiento automatizado de datos personales del trabajador", *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, núm. 16, 1994, pág. 86.

<sup>145</sup> TASCÓN LOPEZ, R.: *El tratamiento por la empresa de datos personales de los trabajadores. Análisis del estado de la cuestión*, Madrid (Civitas), 2005, págs. 131 y ss.

<sup>146</sup> FARRIOLS i SOLA, A.: "Introducción", en AA.VV (FARRIOLS i SOLA, A., Dir.): *La protección de datos de carácter personal en los centros de trabajo*, Madrid (Cinca), 2006, págs. 15 y ss.

<sup>147</sup> FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J. y RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S.: *Utilización y control de datos laborales automatizados*, Madrid (Agencia de Protección de Datos), 1997, págs. 101 y ss.

<sup>148</sup> THIBAUT ARANDA, J.: *Control multimedia de la actividad laboral*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2006, pág. 13.

En suma, en una situación de innovación tecnológica, pueden surgir temores acerca de las implicaciones que ello tendrá para el propio trabajo, las oportunidades de promoción, el estatus y la posición del trabajador dentro de la organización, el nivel de vigilancia al que estará sometido, la disponibilidad o no de las habilidades necesarias para actuar con esa innovación técnica o las posibilidades de aprender con costes razonables los conocimientos no disponibles. Los miedos acerca de remociones, incrementos en las cargas de trabajo, aislamiento social, mayor vigilancia sobre el trabajo realizado... pueden, además, producir elevadas dosis de estrés, en sus múltiples facetas<sup>149</sup>.

### 3.2.3.- Carencia de desarrollo de las habilidades profesionales

Sentir que no se aprenden cosas nuevas, ser todos los actos puramente de repetición y siempre los mismos<sup>150</sup>, sin necesidad de creatividad, convirtiéndose en tareas sin sentido que no precisan cualificación, reto y, desde luego, negar las posibilidades de autorrealización<sup>151</sup>, puede acabar creando graves problemas de salud mental para el trabajador, quien eventualmente sentirá cómo sus habilidades son infrutilizadas<sup>152</sup> y se le niega la posible adquisición o desarrollo de todas sus capacidades (aprendizaje, creación, trabajo variado)<sup>153</sup>.

Así, no desarrolla labores novedosas de especialización capaces de promover su formación continua, nunca existe, para poder mejorar, el necesario "feedback" o retroalimentación sobre líneas y comportamientos laborales seguidos<sup>154</sup> y, en definitiva, se percibe la realidad laboral como algo estático, sin margen alguno para la promoción<sup>155</sup> o desarrollo profesional<sup>156</sup>. Y ello con independencia de la energía a desempeñar, pues aun cuando sea la normal, no incluye los motivos deseables de relajación o aliciente, lo cual conlleva una atrofia o pérdida gradual de las capacidades adquiridas (aprendizaje negativo), pues se trata de puestos que no requieren ningún conocimiento especial y con escasas posibilidades de aplicar sus habilidades (administrativos, contables o, por no seguir, personal de servicios de bajo nivel, conserjes, vigilantes o porteros)<sup>157</sup>.

### 3.2.4.- Déficit en el dominio y control en la información

---

<sup>149</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., pág. 64.

<sup>150</sup> Por extenso, BENAVIDES, F.G., et altri: *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*, Barcelona (Masson), 2000, págs. 42 y ss.

<sup>151</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>152</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>153</sup> NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.) ó NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003 (VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>154</sup> NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRÉ, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>155</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>156</sup> NTP 703: *El método COPSQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos sociales*, 2006 (MONCADA i LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S y VEGA MARTÍNEZ, S.) ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>157</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

Previsibilidad; he ahí una nota que advierte sobre la necesidad de conocer adecuadamente y a tiempo cuanto se demanda al trabajador, en particular cuando median cambios que han de ser necesariamente atendidos<sup>158</sup>. Cualquier defecto en este punto es fuente de conflictos, ya sea a nivel horizontal o vertical (dentro del mismo o distinto nivel jerárquico)<sup>159</sup>: falta de celeridad, previsión o exactitud; incoherente, innecesaria, insuficiente ("flujos pobres"<sup>160</sup>, generadores de incertidumbre<sup>161</sup> a la hora de realizar la tarea siempre atendiendo a su complejidad<sup>162</sup>), sin la necesaria concisión, fuera de tiempo o con frecuencia no adaptada a las necesidades<sup>163</sup>; en un lenguaje no adecuado al destinatario o no dirigida hacia un mismo objeto en las decisiones a adoptar<sup>164</sup>; en fin, proporcionada a través de procedimientos inadecuados de recogida, tratamiento y transmisión<sup>165</sup>.

Idéntico problema surge cuando del defecto se pasa al exceso, y el aumento de la información a considerar es desmesurado tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo<sup>166</sup>, al extremo de que llega a ser inmanejable y por saturación consigue provocar la inseguridad del empleado<sup>167</sup>.

### 3.2.5.- Escasa participación del trabajador en la toma de decisiones

Íntimamente vinculada a la ausencia de autonomía surge la cuestión relativa al grado de distribución del poder de decisión entre empresario y empleado ("*decision latitude*")<sup>168</sup>, o, de preferirlo, del grado de participación del que este último dispone (y en este caso carece) para que se consideren sus opiniones, con carácter general<sup>169</sup>, en las iniciativas<sup>170</sup> o modificaciones<sup>171</sup>. Si la comunicación y el flujo de información entre las personas es muy bajo y falta

---

<sup>158</sup> NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos sociales*, 2006 (MONCADA ILLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>159</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>160</sup> NTP 467: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1997 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BRAVO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILLA, J.A.).

<sup>161</sup> NTP 275: *Carga mental en el trabajo hospitalario: guía para su evaluación*, 1991 (NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>162</sup> NTP 443: *Factores psicosociales: metodología de evaluación*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y PÉREZ BILBAO, J.).

<sup>163</sup> NTP 659: *Carga mental en el trabajo: diseño de tareas*, 2005 (DE ARQUER, M.J.).

<sup>164</sup> Añadiendo estos factores a los considerados en la nota precedente, NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>165</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.) ó NTP 534: *Carga mental: fatiga*, 1999 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>166</sup> NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRE, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>167</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.) ó NTP 730: *Tecnoestrés: concepto, medida e intervención psicosocial*, 2007 (SALANOVA, M.; LLORENS, S.; CIFRE, E. y NOGAREDA, C.).

<sup>168</sup> PEIRÓ SILLA, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., pág. 45.

<sup>169</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.); NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.). ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>170</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>171</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

consenso o diálogo en la toma de decisiones<sup>172</sup>, el estrés puede aflorar de manera irreparable. La falta de mecanismos para influir sobre lo que sucede en el trabajo<sup>173</sup>, en este sentido hipercontrolado, al carecer de pautas regulares de referencia de compañeros y superiores sobre cómo se trabaja<sup>174</sup> y ser manifiesta la ausencia de instrumentos de consulta o negociación en torno –por ejemplo– a los sistemas de protección, ampliación o enriquecimiento de tareas para los puestos y áreas de peores condiciones psicosociales<sup>175</sup>, produce consecuencias nefastas para el bienestar emocional del sujeto.

Ello no debe hacer olvidar tampoco cómo en algunos sectores de la actividad y entre algunos segmentos de la plantilla sí se puede observar la emergencia de la utilización de estrategias de participación directa de los trabajadores (tales como los círculos de calidad, grupos de mejora o grupos semiautónomos) en relación a las decisiones sobre la realización de su tarea y las de su sección. Estas estrategias, teóricamente, supondrían una mejora de las condiciones de trabajo en cuanto implicarían una mayor autonomía y posibilidades de desarrollar habilidades y conocimientos; en definitiva un enriquecimiento del contenido del trabajo. En la práctica, sin embargo, pueden suponer también un empeoramiento de las condiciones laborales, cuando se llevan a cabo fuera de la jornada o intensificando la misma, o cuando no se reconocen las nuevas responsabilidades, no en vano pueden generar efectos tan negativos como el aumento de exigencias cuantitativas, la disminución del control del tiempo de trabajo, la reducción del apoyo entre trabajadores de la misma plantilla, la inconsistencia del estatus, la baja estima y, en ciertos supuestos, la discriminación<sup>176</sup>.

### 3.3.- Deterioro de las relaciones interpersonales

Al igual que una dinámica de relaciones personales satisfactoria facilita el trabajo, cuando aquéllas son malas o no existen surge un factor muy importante de riesgo psicosocial<sup>177</sup>. Dejando al margen las actividades aisladas por su misma naturaleza, precisamente por carencia del elemento analizado que las dota de un interés específico, las razones para este efecto varían en función del concreto aspecto analizado:

1.- En numerosos casos, y con carácter general, derivará de elementos de organización anejos a su estricta jerarquización (y baja participación), alejamiento o falta de formación de los mandos altos o intermedios<sup>178</sup>, que no

---

<sup>172</sup> “La falta de democratización de las organizaciones” alude la Sentencia del Juzgado de lo Social, núm 1, Bilbao 22 marzo 2002 (Ar. 1633).

<sup>173</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>174</sup> NTP 703: *El método COPSQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos sociales*, 2006 (MONCADA i LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S y VEGA MARTÍNEZ, S.).

<sup>175</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo*, 2003 (VEGA MARTÍN, S.).

<sup>176</sup> MONCADA i LLUÍS, S. y LLORENS SERRANO, C.: “Aproximación a los riesgos psicosociales y a los métodos de evaluación preventiva”, en AA.VV (AGUSTÍ JULIÁ, J., Dir.): *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y de Seguridad Social*, Madrid (CGPJ), 2005, pág. 38.

<sup>177</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGARDA CUIXART, C.); NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PEREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCIA-SILLA, J.A.); NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.); NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo* social, 2003 (VEGA MARTÍN, S.); NTP 703: *El método COPSQ (ISTA 21, PSQCAT 21, de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006 ( MONCADA i LLUÍS, S. Y SERRANO LORENS, C.); NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.) y NTP 732: *Síndrome de estar quemado o ‘burnout’ (III): Instrumentos de medición*, 2007 (BRESÓ ESTEVE, S.; SALANOVA, M.; SCHAUFELI, W. y NOGAREDA, C.).

<sup>178</sup> NTP 349: *Prevención del estrés: intervención sobre el individuo*, 1994 (MARTÍN DAZA, F.).

facilitan la comunicación, no fomentan la cohesión de los elementos del grupo o no diseñan procedimientos de mediación o arbitraje capaces de solventar los conflictos internos, muchas veces dados por la indefinición de roles de los empleados (cometidos de cada persona y su papel en la organización, regulando las interacciones con otros individuos y la coordinación de actividades, buscando la coherencia en las directrices dadas y canales de información adecuados), y en muchos otros por falta de concreción sobre la necesidad del proceso de socialización y entrenamiento en los contactos entre compañeros, por mor precisamente de la búsqueda de la competitividad (en lugar del trabajo en equipo o colaboración en las tareas complementarias) y ausencia de apoyo social<sup>179</sup> para consolidar su integración, proporcionando relaciones de calidad o facilitando personas dispuestas a ayudar a nivel emocional, instrumental, informático o de evolución<sup>180</sup>.

La rivalidad entre compañeros por conseguir condiciones o prerrogativas más ventajosas, la falta de apoyo emocional en situaciones difíciles e incluso la falta de relaciones entre iguales, en especial en los niveles más altos de la organización ("soledad del directivo"), son fuentes de estrés entre los miembros de la misma<sup>181</sup>. En este contexto, el trabajo en grupo puede ser una vía para reducir el riesgo psicosocial si la cohesión entre los componentes del mismo es completa; pero puede, en cambio, constituir un factor de riesgo significativo si dicha compenetración no se consigue, e incluso se entabla una relación conflictiva o de competencia entre sus elementos.

Los conflictos interpersonales entre compañeros de trabajo pertenecientes al mismo equipo pueden dar lugar a episodios o procesos de violencia psicológica causantes de maltrato, acoso sexual y acoso moral, no en vano el individuo se ve sometido a una agresión externa para la que no encuentra respuesta adecuada. Estos roces obedecen, no obstante, a múltiples causas: a) Puede que la creación de equipos de trabajo genere un clima de competencia, hostilidad y desconfianza entre los miembros de los diferentes equipos, y tal dato originar conflictos interpersonales de carácter grupal entre ellos ("polarización hostil")<sup>182</sup>. b) También puede surgir una cultura y estilo de organización dentro del equipo de carácter endogámico, de modo que la llegada de una persona externa al mismo genere actitudes de rechazo y procesos de acoso psicológico frente al recién incorporado. c) En determinados ambientes puede existir una patente desigualdad de raíz entre mujeres y hombres, con mayor proclividad al acoso sexual. d) También, en fin, cabe que se generen potenciales tensiones cuando hay grupos de trabajadores de distintas etnias, razas o religiones entre las cuales no existe un fácil entendimiento o se da un contraste de costumbres o modos de vida<sup>183</sup>.

2.- Particulares son los ejemplos de ataques a las víctimas de acoso moral, al que con posterioridad se hará oportuna referencia, con el fin de buscar su aislamiento social, restringiendo a los compañeros la posibilidad de hablarles, rehusando la comunicación a través de miradas y gestos, tratándoles como si no existieran, negándoles la palabra o impidiéndoles la relación con otros a través de cualquier medio<sup>184</sup>.

---

<sup>179</sup> NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997 (MARTÍN DAZA, F. y NOGREDA CUIXART, C.) ó NTP 704: *Síndrome de estar quemado o 'burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>180</sup> NTP 439: *El apoyo social*, 1997 (PÉREZ BILBAO, J. y MARTÍN DAZA, F.).

<sup>181</sup> LAZARUS, R.S.: *Psychological stress and the coping process*, Nueva York (McGraw-Hill), 1966, págs. 23 y ss.

<sup>182</sup> MARTÍN VALVERDE, A.: "La protección jurídica contra el acoso en el trabajo: panorama general", *Temas Laborales*, núm. 92, 2007, pág. 17.

<sup>183</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 39.

<sup>184</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCIA-SILLA, J.A.).

3.- Las relaciones entre jefes y subordinados suelen estar sujetas a una tensión natural, por cuanto ambos colectivos defiendan desde un principio intereses contrapuestos. De este modo, si el supervisor carece de una buena formación y disposición para ejercer su labor de forma adecuada y objetiva y, al tiempo, los trabajadores a su cargo no comprenden la responsabilidad y funciones que corresponde asumir al primero, el roce surgirá de manera inevitable<sup>185</sup>. El tratamiento desconsiderado o abrasivo y los favoritismos de los superiores se relacionan significativamente con el sentimiento de tensión y presión en el trabajo<sup>186</sup>. Por su parte, asumir la responsabilidad de la actividad desarrollada por otras personas, en especial si se pretende combinar un estilo de dirección centrado en los resultados con otro dotado de niveles adecuados de consideración hacia la personalidad de los empleados, es uno de los factores más estresantes para los directivos: el desajuste entre el poder formal y el poder real, los temores de erosión de su autoridad, la pugna entre la exigencia de una mayor productividad y una dirección respetuosa con la dignidad de quienes están a su cargo e incluso el propio rechazo de los individuos a participar en este modelo, inciden de forma directa en la consecuencia mencionada<sup>187</sup>.

### 3.4.- Trabajo emocional

No sólo las relaciones con los compañeros y supervisores presentan una importante incidencia. Parecido relieve puede traer causa en el trato con usuarios difíciles o problemáticos o en discusiones con los clientes<sup>188</sup>; y, aunque no fueran tales, derivadas del agobio de exigencias sociales implícitas, como, por ejemplo, en puestos de responsabilidad pública<sup>189</sup>.

Particular atención merece, en este marco, el denominado "trabajo emocional", característico del sector servicios cuando median interacciones personales donde necesariamente el contacto con clientes, pacientes o usuarios durante la mayor parte de la jornada presenta un contenido emocional (médicos y enfermeras<sup>190</sup>, docentes<sup>191</sup>, policías, camareros, teleoperadores...<sup>192</sup>); no sólo comporta un trabajo físico y mental, sino también expresar sentimientos cara a cara (o voz a voz) con los receptores de los servicios.

Ello supondrá, muchas veces, la necesidad de controlar sentimientos, lo cual dista de ser natural y exige un esfuerzo adicional capaz de provocar daños psicosociales específicos que no pueden ser minusvalorados<sup>193</sup>.

---

<sup>185</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 41.

<sup>186</sup> McLEAN, A.: *Work stress*, California (Addison-Wesley), 1979, págs. 53 y ss.

<sup>187</sup> DONALDSON, Y. y GOWLER, D.: "Prerogatives, participation and managerial stress", en GOWLER, D. y LEGGE, K.: *Managerial Stress*, Epping (Gower Press), 1975, págs. 33 y ss.

<sup>188</sup> NTP: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o' burnout' (I): definición y proceso de generación*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>189</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>190</sup> NTP 275: *Carga mental en el trabajo hospitalario: guía para su evaluación*, 1991 (NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>191</sup> NTP 574: *Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación*, 2001 (NOGAREDA CUIXART, S.).

<sup>192</sup> FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J.: "Teletrabajo y prevención de riesgos laborales", en AA.VV (FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J., Dir.): *La prevención de riesgos laborales y las nuevas formas de organización empresarial y del trabajo*, Valladolid (Junta de Castilla y León), 2007, págs. 322 y ss.

<sup>193</sup> NTP 703: *El método COPSOQ (ISTAS 21, PSQCAT 21), de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006 (MONCADA i LLUÍS, S.; LLORENS SERRANO, C.; KRISTENSEN, T.S. y VEGA MARTÍNEZ, S.).

Indudablemente su dimensión variará en función de cuatro factores fundamentales<sup>194</sup>: a) Frecuencia de la emoción: pues a mayor repetición, peores repercusiones; a traducir, en su extremo, en fatiga o alienación. b) Duración: cuanto más se prolongue más difícil será aplicar respuestas adecuadas. c) Intensidad en la manifestación. d) Variedad: a mayor repertorio de expresiones a manifestar, peores consecuencias cabe seguir.

Atendiendo a los mismos, y cuando se den en un grado lo suficientemente alto, lo más probable es que acaben provocando disonancias y “quemando” al trabajador en sus cinco aspectos considerados como básicos: agotamiento o desgaste emocional, distancia mental (actividad fría), despersonalización (actitud cínica y escéptica respecto a la utilidad y significado del trabajo), alienación (en tanto conduce a no saber distinguir cuándo simulan o no), dificultades para evitar la interferencia entre el quehacer profesional y el ámbito privado y, por último, rechazo en sus sentimientos<sup>195</sup>.

Los síntomas más característicos son la desmotivación y el bajo rendimiento profesional<sup>196</sup>, acompañados de consecuencias de carácter físico (fatiga, problemas de sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales), psicológico (irritabilidad, ansiedad, depresión<sup>197</sup>), y conductual (actitud defensiva y agresiva, hipomanía<sup>198</sup>, absentismo en el trabajo, falta de concentración, bajo rendimiento, baja autoestima, abandono, melancolía, tristeza, neurosis, psicosis, ideación de suicidio, aburrimiento, pérdida del idealismo)<sup>199</sup>.

Ante la avalancha de síntomas y enfermedades provocadas, cabe agrupar las consecuencias que provoca el síndrome de estar quemado como sigue<sup>200</sup>:

-- Psicosomáticas: cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.

---

<sup>194</sup> NTP 720: *El trabajo emocional: concepto y prevención*, 2007 (GARCÍA, E.; MARTÍNEZ, I.M. y SALANOVA, M.).

<sup>195</sup> LEITER, M.P. y MEECHAN, K.A.: “Role structure and burnout in the field of human services”, *Journal of Applied Behavioral Sciences*, núm. 22, págs. 47 y ss.

<sup>196</sup> ORÓS MURUZÁBAL, M.: “Riesgos psicosociales”, cit., pág. 649.

<sup>197</sup> “Según el sistema-cuestionario denominado Maslach *Burn out* Inventory (MBI) que mide los tres factores en que consiste el síndrome de burn-out: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DD) y baja realización personal (RP), los valores obtenidos tras la realización del test al actor por parte del Dr. Barahona Segovia, son: AE 40 (máximo nivel), DD 25 (máximo nivel), y RP 8 (mínimo nivel), de lo que resulta que en el demandante y según dicho perito médico, tanto la sintomatología clínica como los valores obtenidos del MBI, permiten confirmar de forma definitiva la existencia del diagnóstico de burn-out en grado severo, el cual se encuentra en un estadio avanzado desarrollando un cuadro, de depresión grave que lo incapacita para el ejercicio de actividad laboral”, Sentencia del Juzgado de lo Social, núm. 1, Alicante, 6 abril 2004 (AS 1861).

<sup>198</sup> FERRER PUIG: R.: “El desgaste profesional: un riesgo laboral”, en AA.VV.: *Quemarse en el trabajo: 11 perspectivas del burn out*, cit., pág. 98.

<sup>199</sup> RIVAS VALLEJO, P.: “Seguridad Social y riesgos psicosociales: su calificación como contingencia profesional”, *Cuadernos de Derecho Judicial*, núm. 12, 2004, pág. 279; en los Tribunales, describiendo idénticos síntomas Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Cataluña 20 enero 2005 (AS 31).

<sup>200</sup> NTP 705: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

-- Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo o aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

-- Emocionales: predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, soledad, alienación, impotencia o depresión, baja tolerancia a la frustración, desorientación, aburrimiento o, entre otros, vivencias de baja realización personal.

-- Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.

-- Sociales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal, aumentando los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).

Por cuanto aquí importa, cabe reseñar cómo a la hora de evaluar los síntomas, los órganos judiciales del orden social han llegado a otorgar la calificación de incapacidad permanente en los grados de total o absoluta a quienes padecen el síndrome del quemado y manifiestan diversas de las enfermedades reseñadas<sup>201</sup>.

#### 4.- CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Cuando los psicólogos se acercan al estudio de los riesgos psicosociales toman como patrón, por lo general, una frase ya célebre: no hay que dar prioridad a los aspectos subjetivos individuales en materia de prevención, pues son "causas necesarias pero no suficientes por sí mismas"<sup>202</sup>.

Pudiendo compartir tal tesis, en general, el solo hecho de reconocerlos como "causas necesarias" obliga a tomarlos en consideración como factores capaces de llevar con mayor o menor facilidad a desórdenes psicosociales, y fuerza a detectar la existencia de un trabajador especialmente sensible "por supuestas características o debilidades

---

<sup>201</sup> Así, en el caso de una profesora de enseñanza primaria está unido a "cansancio, sensación de malestar, parestesias, fobias, miedos, irritabilidad, distimias, así como bloqueos cognitivos mientras impartía las clases, que le provocaron un elevado nivel de ansiedad y a los que se unieron con el tiempo somatizaciones, baja autoestima, sentimientos de incapacidad y culpa, ansiedad extrema, lagunas amnésicas y bloqueos cognitivos cada vez más frecuentes...; diagnosticada de estado depresivo mixto con ansiedad extrema a nivel global, alto nivel de neuroticismo, severa elevación de las escalas de hipocondriasis y depresión y lapsus amnésicos", Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Cataluña 20 enero 2005 (AS 31). O, en otro supuesto, el trabajador padece "un trastorno persistente de la personalidad CIE-10-F62-0.. cuya evolución ha sido tórpida y el deterioro psíquico grande, presentando un estado de entumecimiento mental derivado de pérdida de motivación e intereses sobre aspectos básicos de su vida..., inestable emocionalmente con períodos de irritabilidad, amargura, rumiación de hechos anteriores, perdiendo la autoconfianza, la seguridad, y ocasionándole una real incapacidad para planificar su futuro, encontrándose anedónico y teniendo como ideación central la reivindicación de su nombre y de su prestigio profesional", Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Navarra 23 marzo 2004 (AS 1072).

<sup>202</sup> NTP 603: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003 (VEGA MARTÍNEZ, S.).

estructurales o funcionales del individuo que pudiera revelar una hipotética propensión o una cierta falta de resistencia a las exigencias del trabajo, en cuyo caso lo pertinente será adaptar el puesto al trabajador<sup>203</sup>.

#### 4.1.- Singularidades de la personalidad

Como con acierto se ha afirmado, “un mismo fenómeno inesperado es percibido por ciertos trabajadores como un elemento perturbador y agresivo, mientras por otros es interpretado como un reto o una oportunidad para mejorar su experiencia y nivel de conocimientos<sup>204</sup>. La valoración que cada persona realiza del entorno objetivo, potencialmente estresante, así como la respuesta que utiliza para hacerle frente y restablecer el equilibrio comprometido, constituyen importantes variables a tener en cuenta.

Será preciso atender así:

1.- A la constitución física del empleado<sup>205</sup> (incluidos sus rasgos genéticos –cuando fuera posible acceder a los mismos--, dada la clara vinculación de algunas enfermedades multifactoriales a alteraciones de la psique<sup>206</sup>), sobre la cual influirán algunos elementos clave: edad, raza o sexo<sup>207</sup>, alimentación o nutrición saludable<sup>208</sup>, ejercicio físico<sup>209</sup>, descansos adecuados<sup>210</sup> y, en definitiva, el estado general de salud (con la particular atención debida a la discapacidad)<sup>211</sup>, necesidades personales y “estilo de vida<sup>212</sup>”.

2.- A su personalidad, pues, evidentemente, no es igual una “personalidad resiliente” (dada por tres atributos fundamentales: compromiso, control y desafío)<sup>213</sup>, que otras distintas como: la de “Tipo A” (interés desmesurado por la perfección y el logro de metas elevadas, pero con baja estabilidad emocional y que manifiesta un *locus* de control externo o creencia de que el mundo tiene un orden, pero son otros y no ellos quienes tienen el control sobre el

---

<sup>203</sup> NTP 705: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o ‘burnout’ (II): consecuencias, evolución y prevención*, 2006 (FIDALGO VEGA, M.).

<sup>204</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 12.

<sup>205</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>206</sup> Por extenso, FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J.: *Genética y Derecho del Trabajo*, Madrid (Civitas), 1999, págs. 13 y ss.

<sup>207</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>208</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.) ó NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>209</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.) ó NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>210</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>211</sup> FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R.; TASCÓN LÓPEZ, R.; ÁLVAREZ CUESTA, H. y RODRÍGUEZ HIDALGO, J.G.: *Los minusválidos en el mercado laboral: incentivos a su contratación y régimen jurídico de su prestación de servicios*, León (Universidad), 2004.

<sup>212</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>213</sup> KOBASSA, S.C.: “Conceptualization and measurement of personality in job stress research”, en AA.VV.: *Occupational stress: issues and developments in research*, Nueva York (Taylor and Francis), 1988, págs. 100-109.

mismo)<sup>214</sup>, la dependiente (propia de quienes se sienten cómodos en situaciones burocratizadas o estables, pero presentan una fuerte resistencia a tomar decisiones), la ansiosa, la introvertida, la rígida, la esquizofrénica (percepción alterada y deterioro de la función cerebral, creyéndose perseguido en el trabajo –paranoia-- o que es la figura central de lo que ocurre a su alrededor --ideas de referencia--)<sup>215</sup>, la depresiva, la hiperactiva, la impulsiva, la dismorfóbica (preocupación excesiva por la imagen corporal, que hace que el afectado se someta a sucesivas intervenciones quirúrgicas capaces de provocar una disminución del rendimiento del paciente ante la amenaza constante de una posible pérdida del empleo)<sup>216</sup>, con niveles elevados de neutrocismo (tendencia general a experimentar sentimientos negativos como miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia)<sup>217</sup> o de indefensión aprendida (entendiendo que nada de lo que pueden hacer les causará un cambio favorable)<sup>218</sup>, y un largo etcétera sencillo de completar<sup>219</sup>.

Se trata, en todo caso, de caracteres variables necesitados de un trato indudablemente diferente<sup>220</sup>, como lo pueden ser los niveles de aspiración, autoconfianza, motivación, actitudes y estados de reacción<sup>221</sup>. La resistencia al estrés ("*hardiness*") actúa como un importante modulador<sup>222</sup>: las personas que confían más en sí mismas, en sus capacidades y cualidades, tienen más energía vital y son más activas, eficaces y responsables, razón por la cual tenderán a controlar mejor las situaciones de estrés; sin embargo, aquellos individuos que son más conformistas, dependientes, inseguros y proclives a la ansiedad y la depresión o con algún trastorno de la personalidad, mostrarán más posibilidades de sufrir esta patología.

Todo ello sin olvidar una situación de "inmersión" o de "intrínseco riesgo" para la salud mental del trabajador que puede derivar de las siguientes circunstancias<sup>223</sup>: a) Una necesidad desmedida de aprobación del trabajo: tomarse muy a pecho las críticas, enfadarse consigo mismo cuando no se consiguen buenos resultados, frustrarse siempre que el trabajo no es reconocido, aumentar progresivamente los niveles de exigencia... b) Una relación competitiva con los demás trabajadores: alegrarse de los errores que cometen los demás, estar demasiado atento a cómo hacen sus tareas los compañeros, no enseñar a nadie el modo de realizar adecuadamente los distintos cometidos, indignarse cuando por los demás no se reconoce abiertamente su competencia y valía profesional... c) Irritabilidad desproporcionada: molestarse ante cualquier interrupción del trabajo, enfadarse con frecuencia con el resto, sentirse a menudo desbordado atendiendo al escaso tiempo disponible, enfurecerse con quien no entiende a la primera sus indicaciones, tener que esforzarse con frecuencia para mantener el control de las situaciones... d) Incapacidad para desconectar del trabajo: creerse imprescindible, pensar con frecuencia en la actividad laboral antes o después de la jornada y de forma clara y patente ante familiares y amigos o, por no seguir, no llegar a conciliar el sueño por problemas relacionados con la actividad profesional.

---

<sup>214</sup> NTP 732: *Síndrome de estar quemado o 'burnout' (III): Instrumentos de medición*, 2007 (BRESÓ ESTEVE, E.; SALANOVA, M.; SCHAUFELI, W. y NOGAREDA, C.).

<sup>215</sup> [www.esquizo.com](http://www.esquizo.com).

<sup>216</sup> GARCÍA-CAMBA, E.: "Dismorfobia", en AA.VV (DE LA SERNA DE PEDRÓ, I., Dir.): *Monografías de psiquiatría*, Vol. 16, núm. 2, 2004, págs. 25-31.

<sup>217</sup> MORÁN ASTORGA, C.: *Estrés, burnout y mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*, Salamanca (Amarú), 2005, pág. 47.

<sup>218</sup> SELIGMAN, M.E.P.: *Indefensión*, Madrid (Debate), 2000, págs. 47 y ss.

<sup>219</sup> O'BRIEN, G.E.: "El estrés laboral como factor determinante de la salud", en AA.VV (BUENDÍA, J., Ed.): *Estrés laboral y salud*, Madrid (Biblioteca Nueva), 1998, pág. 66.

<sup>220</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1997 (MARTÍN DAZA, F.).

<sup>221</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>222</sup> RAMOS, F.: *El síndrome de burnout*, Madrid (UNED), 1999, pág. 22.

<sup>223</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 49.

3.- Indudablemente también importan las habilidades o aptitudes adquiridas, la cualificación, conocimientos o experiencia, así como la capacidad de aprendizaje o “autoeficiencia en el medio”. Cuanto superior es la preparación, más fácil es presumir la capacidad de adaptación a las variables –al menos las laborales—en presencia, y más sencilla una respuesta no traumática<sup>224</sup>.

4.- Tampoco cabe olvidar la incidencia de otras circunstancias muy diversas, provenientes de la vida personal, bien comunes (las derivadas de la conciliación de la vida laboral con la vida privada familiar a modo de muestra señera)<sup>225</sup>, o bien extraordinarias, capaces de romper el patrón de comportamiento<sup>226</sup>, tales como traslados de vivienda, rupturas en la pareja, experiencias sexuales traumáticas, relaciones conflictivas con los hijos, deudas, problemas con el alcohol o drogas o, entre un elenco muy variable, nacimientos o fallecimientos<sup>227</sup>.

5.- En fin, aun cuando el Acuerdo Europeo sobre el Estrés se esfuerza en dejar claro que este riesgo puede afectar a cualquier trabajador con independencia del tamaño de su empresa, del cambio de su actividad o de la forma de su contrato o relación laboral<sup>228</sup>, lo cierto es que una posición débil en el mercado y en la propia unidad productiva provocan una especial vulnerabilidad de determinados colectivos ante el riesgo psicosocial<sup>229</sup>, sobre todo por cuanto hace referencia a las mujeres, extranjeros, discapacitados, minorías étnicas, contratados temporales y trabajadores a tiempo parcial (Resolución del Parlamento Europeo de 20 de septiembre de 2001). Estos quedan más expuestos al riesgo debido a la inseguridad y la incertidumbre de que su relación laboral pueda finalizar en cualquier momento; además, perciben salarios inferiores, carecen de especialización y antigüedad, no tienen posibilidades para acceder a la formación, sus expectativas de promoción profesional son nulas y se ven inmersos en una continua posición de sumisión ante situaciones injustas. Todo ello provoca, como lógica consecuencia, que no se sientan confortables en su ocupación<sup>230</sup>.

---

<sup>224</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.) ó NTP 732: *Síndrome de estar quemado o ‘burnout’ (III): Instrumentos de medición*, 2007 (BRESÓ ESTEVE, E.; SALANOVA, M.; SCHAUFELI, W. y NOGAREDA, C.).

<sup>225</sup> PIOTRKOWSKI, C.S. *et alri*: “Families and work”, en SUSSMAN, M.B. y STEINMETZ, S.K.: *Handvook of Marriage and the Family*, Nueva York (Plenum Press), 1987, págs. 33 y ss. ó EVANS, P. y BARTOLOME, F.: *Must success cost so much?*, Londres (Grant McIntyre), 1980, págs. 23 y ss.

<sup>226</sup> HOLMES, T.H. y RAHE, R.H.: “The social readjustment rating scale”, *Journal of Psychosomatic Research*, núm. 11, 1967, págs. 217 y ss.

<sup>227</sup> NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*, 1997 (DE ARQUER, M.I.) ó NTP 534: *Carga mental: factores*, 2001 (DE ARQUER, M.I.).

<sup>228</sup> Firmado el 8 de octubre de 2004 por la Confederación Europea de Sindicatos (CES), la Unión de Confederaciones Industriales de Europa (UNICE), la Unión Europea del Artesanado y de las Pequeñas y Medianas Empresas (UEAPME) y el Centro Europeo de la Empresa Pública y de las Empresas de Interés Económico General (CE). Un estudio sobre el mismo en ROMERO RÓDENAS, M.J.: “El estrés laboral como factor desencadenante de los riesgos psicosociales. Su posible protección en el ámbito de la empresa: especial referencia al Acuerdo Europeo sobre el estrés laboral”, *Justicia Laboral*, núm. 22, 2005, págs. 16 y ss.

<sup>229</sup> AMABLE, M.; BENACH, J. y GONZÁLEZ, S.: “La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos”, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, núm. 4, 2001, págs. 169 y ss.

<sup>230</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 30.

Especial relevancia debe darse, dentro de este trabajo precario, a la existencia de un específico “estresor de género”<sup>231</sup>, derivado del rol de cuidadora familiar de la mujer trabajadora, que le obliga a asumir dobles jornadas diariamente, con la carga mental que ello supone<sup>232</sup>. Además, el colectivo femenino se haya sometido a un riesgo específico cual es el acoso sexual (tendente a conseguir una satisfacción de carácter normal o libidinoso) o el acoso moral por razón de género (agresiones, humillaciones o vejaciones repetidas que se realizan de forma premeditada con intención de perjudicar y reducir a la víctima, demostrando un desprecio que la mujer merece al sujeto activo), capaces de producir importantes daños emocionales. En otros casos, y principalmente en trabajos ocupados tradicionalmente por hombres, o cuando la fémina mantiene una posición jerárquica superior, se producen comportamientos de rechazo de compañeros, que no soportan recibir órdenes o directrices de aquella con un mayor nivel de responsabilidad. Cuando este rechazo se traduce en hostigamiento psicológico de carácter sistemático y repetitivo, que persigue su exclusión laboral, ha lugar a un verdadero acoso laboral sexista, cuyo objetivo es colocar a la víctima en el lugar que, según las particulares convicciones del agresor le corresponde por naturaleza<sup>233</sup>. Todo ello sin olvidar tampoco cómo las mujeres, especialmente las casadas, sufren, en muchos casos, una falta clara de apoyo por parte de su familia, y, en particular, por su pareja, en cuanto se refiere a la realización de su actividad profesional por cuenta ajena<sup>234</sup>.

#### 4.2.- Edad avanzada y cambios en el trabajo

La introducción de novedades en el sistema productivo que supongan modificaciones en la actividad es percibida por el trabajador, sobre todo de edad avanzada, como una fase crítica que multiplica el riesgo de fracasar. En muchos casos, la actitud de los próximos a la jubilación es de abierta resistencia y puede acabar afectándoles psicológicamente por tres razones fundamentales: 1) se percibe como una amenaza al propio empleo; 2) lo ven como la necesidad de un importante esfuerzo de aprendizaje y aparecen mayores dificultades para la adquisición de conocimientos que los más jóvenes, llegando a cuestionarse su propia capacidad; y 3) pueden tener la sensación de pérdida de control sobre su cometido laboral, debiendo cambiar hábitos en el comportamiento, ofreciendo resistencia mental, sufriendo miedo al ridículo y a la pérdida de la ocupación y, a la postre, llevando a eventuales circunstancias conflictivas familiares de no lograr la adaptación<sup>235</sup>.

No cabe duda de que las personas de más edad tienen dificultades naturales para el desplazamiento y la movilidad geográfica y también para la adaptación funcional cuando ésta requiera un profundo reciclaje formativo. Mientras en fases tempranas del desarrollo de la actividad profesional puede plantearse un difícil equilibrio entre las demandas del trabajo y los requerimientos familiares (provocando, en muchas ocasiones, una paradójica situación en la cual quien ha alcanzado un éxito importante en su carrera tiene sentimientos de alienación en su propia vida personal), en momentos más tardíos de la carrera la inestabilidad emocional del trabajador deriva de otras circunstancias si cabe todavía más estresantes: el propio proceso de envejecimiento, deterioros en las habilidades

---

<sup>231</sup> RIVAS VALLEJO, P.: “Seguridad Social y riesgos psicosociales. Su calificación como contingencia profesional”, en AA.VV (AGUSTÍ JULIÁ, J., Dir.): *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y de Seguridad Social*, Madrid (CGPJ), 2005, pág. 274.

<sup>232</sup> Además de ejecutar su actividad para la empresa en la que prestan servicios, desarrollan tareas domésticas y de cuidado de familiares sin ningún tipo de ayuda por parte del resto de las personas que conviven con ellas. FERNÁNDEZ COLLADOS, M.B.: “La doble jornada femenida”, en AA.VV (SANCHEZ TRIGUEROS, C., Dir.): *La presencia femenina en el mundo laboral: metas y realidades*, Cizur Menor (Aranzadi Thomson), 2006, pág. 120.

<sup>233</sup> ROMERO RÓDENAS, M.J.: *Protección frente al acoso en el trabajo*, Albacete (Bomarzo), 2004, pág. 27.

<sup>234</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Madrid (Lettera), 2005, pág. 43.

<sup>235</sup> NTP 416: *Actitudes frente al cambio en trabajadores de edad avanzada*, 1996 (PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.).

físicas y mentales, falta de nuevas oportunidades de promoción, obsolescencia de conocimientos y capacidades, preocupaciones acerca de cómo alcanzar las expectativas de desempeño y otras muchas al alcance de cualquier con interés sobre la cuestión<sup>236</sup>.

#### 4.3.- Falta de preparación ante situaciones problemáticas

El fácil acceso a los sistemas educativos y la exigencia de contar, en muchas ocasiones, con una mano de obra dotada de titulación universitaria, empleada en trabajos más cualificados y que exigen alto nivel de conocimientos y autonomía para tomar decisiones, no debe hacer olvidar, tampoco, cómo el desconocimiento o minusvaloración de los riesgos psicológicos derivados de la actividad laboral hace que muchas veces pasen desapercibidos hasta para el propio interesado por muy capacitado que pueda estar. Las empresas a menudo incorporan a sus plantillas a personas supercualificadas creyendo que su talento beneficiará posteriormente a la propia organización, sin tener en cuenta que este tipo de empleados es precisamente el más expuesto a padecer sentimientos de insatisfacción o frustración, sobre todo por el desconocimiento de sus consecuencias y manifestaciones<sup>237</sup>.

Parece obvio, además, que la preocupación empresarial actualmente más relevante es que los directivos (el propio empleador, en su caso) manifiesten un conocimiento del “funcionamiento técnico y económico” del negocio, y no tanto del “funcionamiento humano”. Ello hace que, excepciones significativas aparte, los mandos no estén concienciados sobre su incidencia (y tampoco sobre la magnitud de los costes a aquéllos aparejados) y carezcan del adiestramiento necesario para saber detectarlos, hacerles frente y convertirlos en un factor más a asumir dentro de su responsabilidad.

Por su parte, tampoco el empleado dispone de una preparación adecuada para generar las estrategias de respuesta adecuadas en orden a hacer frente a tan variable pléyade de circunstancias, entre otras poderosas razones, porque las estrategias de quien organiza sólo se diseñan atendiendo a las necesidades del servicio, a los criterios marcados por el mercado, por el proceso productivo, la tecnología, etc.; desconociendo, empero, las legítimas aspiraciones del trabajador (de seguridad, afiliación, pertenencia o estatus), cuya frustración o padecimiento –y ausencia de mecanismos de respuesta—acaba convirtiéndose en un factor más de potencial afectación grave a su salud<sup>238</sup>. Deviene necesario, por ende, el establecimiento de un sistema de asesoramiento por medio de terapias con el fin de entrenarlos (directivos o no) no sólo a reconocer sus síntomas de estrés, sino también a ser conscientes de las fuentes potenciales del mismo.

#### 4.4.- Expectativas profesionales: frustración o falta de cualificación

El estancamiento o incertidumbre sobre la promoción profesional, bien sea por la falta de un reconocimiento o sistema de valoración objetivo del desempeño del trabajo, o por ausencia de premios o incentivos ante un óptimo rendimiento laboral, constituye un nuevo elemento susceptible de afectar la salud del empleado. Una promoción

---

<sup>236</sup> McGOLDRICK, A.F. y COOPER, C.L.: “Stress at the decline of one’s career: the act of retirement”, en BEEHR, T.A. y BHAGAT, R.S.: *Human stress and cognition in organization*, Nueva York (John Wiley and Sons), 1985, págs. 177 y ss.

<sup>237</sup> O’BRIEN, G.E.: “El estrés laboral como factor determinante de la salud”, en AA.VV (BUENDÍA, J., Ed.): *Estrés laboral y salud*, Madrid (Biblioteca Nueva), 1998, pág. 74.

<sup>238</sup> Por extenso, NTP 438: *Prevención del estrés. Intervención sobre la organización*, 1987 (MARTÍN DAZA, F. y NOGAREDA CUIXART, C.).

profesional nula o que no se traduzca en una recompensa social o económica concreta, sino sólo en una mayor carga de responsabilidad y trabajo, produce, lógicamente, las mismas consecuencias<sup>239</sup>. Cuando la organización dificulta o no ofrece canales claros a las expectativas de ascender en la escala jerárquica puede ser fuente de preocupación y ansiedad, desencadenando, en muchos casos, un aumento en el consumo de alcohol o drogas y, en todos, un desequilibrio emocional<sup>240</sup>.

La frustración derivada del hecho de que una persona es ocupada por debajo de sus expectativas (infra-promoción), puede producir niveles bajos de moral, calidad pobre en las relaciones interpersonales e insatisfacción. Cabe hacer referencia, en este contexto, a la crisis experimentada por los ejecutivos de mediana edad ("menopausia masculina") cuando sus ascensos profesionales se ralentizan o estancan, capaz de producir tensiones, conflictos, ansiedades, descontentos y temores en relación con su estatus profesional, al caer en la cuenta de que van alcanzando su techo y pueden ser sustituidos por otros compañeros más jóvenes y con mayor preparación<sup>241</sup>.

Como contrapartida, y esta vez por exceso e vez de por defecto, también produce efectos perniciosos sobre la salud mental de los trabajadores la incongruencia manifiesta entre la posición ocupada y el nivel de preparación para desempeñarla (promoción excesiva), circunstancia en la cual encaja el síndrome de la "neurosis del ejecutivo", referida al directivo ascendido por encima de sus posibilidades, que trabaja en exceso con el fin de ocultar su inseguridad y su falta de preparación<sup>242</sup>.

## 5.- CONDICIONES AMBIENTALES

Resulta habitual que los psicólogos (grandes expertos en el análisis del tema aquí objeto de atención) minusvaloren las condiciones físicas del entorno laboral como causas de riesgos psicosociales; pensando, tal vez, que sólo, o fundamentalmente, los elementos relacionados con la organización de la actividad y las circunstancias personales del individuo adquieren importancia en este punto.

De seguro tienen razón, sobre todo porque muchos de ellos son objeto de atención específica como elementos en sí mismos de riesgo laboral de accidente de trabajo o enfermedad profesional. Pero tampoco cabe duda de cómo muchos de ellos acaban teniendo una influencia, siquiera sea incidental (y en casos puntuales principal), sobre la alteración de la psique<sup>243</sup>.

### 5.1.- Entorno físico

---

<sup>239</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, pág. 34.

<sup>240</sup> BLAU, B.: "Understanding mid-career stress", *Management Review*, núm. 67, págs. 57 y ss.

<sup>241</sup> LEVINSON, D.J.: *The seasons of a man's life*, Nueva York (AA. Knopf), 2000, pág. 59.

<sup>242</sup> McMURRAY, R.N.: "The executive neurosis", en NOLAN, R.L.: *The failure of success*, Nueva York (Amacon), 1973, págs. 103 y ss.

<sup>243</sup> NTP 318: *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*, 1993 (MARTÍN DAZA, F.).

El marco ambiental en el cual se desarrolla el trabajo puede constituir una fuente de problemas, restricciones e incomodidades que ponen a prueba la estabilidad mental del sujeto<sup>244</sup>. Con carácter general deben ser reconocidos como factores de carga mental o presión los derivados, entre otros aspectos, de la iluminación, condiciones climáticas, ruido, colores, atmósfera o reducción de espacios<sup>245</sup>. En concreto, el ruido puede medirse en términos físicos, pudiendo diferenciar diversos aspectos del mismo como la intensidad, variabilidad, frecuencia, predictibilidad, control y su origen (mecánico, explosivo...), pero no cabe duda de que puede incidir significativamente en el surgimiento de reacciones negativas, tales como irritabilidad, reducción de las conductas de ayuda u hostilidad abierta<sup>246</sup>. Asimismo, la exposición continuada a vibraciones, bien producidas por máquinas de impacto (martillos neumáticos), bien por trabajar sobre soportes igualmente vibrantes (plataformas petroleras), provoca importantes incrementos en las catecolaminas y alteraciones en el funcionamiento neurológico<sup>247</sup>.

A su vez, la luminosidad, el brillo y el contraste inadecuados traen aparejadas consecuencias deplorables de fatiga visual, tensión y frustración emocional al resultar el trabajo más molesto y costoso<sup>248</sup>. El impacto para la salud mental del calor ambiental, la humedad, la velocidad del movimiento del aire, la temperatura de radiación o las condiciones climáticas molestas, no puede ser tampoco minusvalorado, pues no cabe duda cómo, en paradigmático ejemplo, cuantas actividades requieren decisiones críticas quedan negativamente afectadas por el exceso térmico mientras la destreza manual se deteriora en condiciones de bajo poder calorífico<sup>249</sup>. Igualmente, la suciedad, el entorno polvoriento, la falta de ventilación, la inadecuación de las áreas de descanso y las deficientes condiciones de mantenimiento de los sanitarios ("síndrome del edificio enfermo") son aspectos que pueden producir insatisfacción, irritación y frustración<sup>250</sup>. La incomodidad que produce el manejo de productos tóxicos o la compleja forma de uso de los elementos protectores en los trabajos dotados de elevadas dosis de peligrosidad, la falta de espacio físico o la inadecuación del mismo, la inexistencia de marcos privativos, el hacinamiento y, su envés, el "*undermaning*", son, igualmente, estresores de elevada importancia. Por no seguir, la falta de medios o instrumentos para poder culminar con éxito las tareas encomendadas provoca una sensación de insatisfacción nada despreciable<sup>251</sup>.

## 5.2.- Violencia en el lugar de trabajo

Es obvio que a los anteriores cabría añadir otros como el aprovechamiento de las circunstancias ambientales para "hacer el vacío" al trabajador, privándole de alguno de los elementos fundamentales para ejercer su tarea, o alternándolos de manera significativa para dificultarla (*mobbing*); también para, a su amparo o por un entorno proclive, intentar el acoso sexual. Pero, sin duda, donde el entorno juega un papel más destacado es la la hora de sopesar el riesgo de la violencia, que aumenta significativamente en ámbitos de economía inestable o en zonas deprimidas con alto índice de criminalidad.

---

<sup>244</sup> DOLAN, S.L.; GARCÍA, S. y DÍEZ-PIÑOL, M.: *Autoestima, estrés y trabajo*, Madrid (McGraw-Hill), 2005, pág. 96.

<sup>245</sup> NTP 534: *Carga mental: factores*, 1999 (DE ARQUER, M.I).

<sup>246</sup> COHEN, A.: "The influence of a company hearing conservation program on extra-auditory problems in workers", *Journal of Safety Research*, núm. 8, 1976, págs. 146 y ss.

<sup>247</sup> OBORNE, D.J.: "Vibration at work", en OBORNE, D.J. y GRUNEBERG, M.M.: *The physical environment at work*, Chichester (John Wiley and Sons), 1983, págs. 123 y ss.

<sup>248</sup> POULTON, E.: "Blue collar stressors", en COOPER, C.L. y PAYNE, R.: *Stress at Work*, Chichester (John Wiley and Sons), 1978, págs. 53 y ss.

<sup>249</sup> RAMSEY, J.D.: "Heat and cold", en HOCKEY, R.: *Stress and fatigue in human performance*, Chichester (John Wiley and Sons), 1985, págs. 45 y ss.

<sup>250</sup> HERZBERG, F., et alri: *The motivation to work*, Chichester (John Wiley and Sons), 1959, págs. 54 y ss.

<sup>251</sup> PEIRÓ, J.M.: *Desencadenantes del estrés laboral*, cit., págs. 40 y ss.

Hágase referencia a las acciones que no tienen relación con la víctima, por lo habitual robos en bancos, gasolineras, taxis... (tipo I), a las derivadas de acciones de servicio, propias de conductas de artistas, personal sanitario, profesores, trabajadores sociales y, en general, servicios profesionales públicos o privados (tipo II) o, como última especie, fruto de una implicación concreta (agresiones, amenazas, insultos, vejaciones), ya sea entre trabajadores, directivos y empleados o exempleados, o consecuencia de relaciones personales (tipo III)<sup>252</sup>, la violencia como problema o riesgo psicosocial se ajusta a los cánones expuestos con anterioridad, pero con algunas peculiaridades dignas de ser destacadas, derivadas del hecho de considerar que en ciertas profesiones u ocupaciones, o en el trabajo en determinadas áreas, es inherente aceptar un cierto grado de agresión<sup>253</sup>. Entre otras, cabría hacer mención a cuatro especialmente relevantes:

1.- El diseño del lugar de trabajo cobra relevancia muy especial, sobre todo en atención al entorno (ámbitos de economías inestables, zonas deprimidas o con alto índice de criminalidad, localización urbana o rural, en el núcleo de la población o el extrarradio, etc.), convirtiéndose la iluminación (interior o de los alrededores), visibilidad, accesos y lugares recónditos, mobiliario (altura de los mostradores, acristalamientos, "refugios"...), y, en general, medidas de seguridad (sistemas de alarma o vigilancia, cajas fuertes, rapidez en la comunicación con la policía y otras variantes de sobra conocidas), en elementos trascendentales para proporcionar al trabajador una mayor o menor intranquilidad a la hora de prestar sus servicios<sup>254</sup>.

2.- La ausencia de consultas con los operarios sobre las medidas a adoptar, que necesariamente habrán de ser regulares y frecuentes, a riesgo de despreciar sus conocimientos y experiencia, así como de ignorar sus inquietudes y temores.

3.- Una falta de análisis sobre las características personales de los probables perpetradores y la posibilidad de reaccionar ante quienes presentan inestabilidad psíquica, carecen de responsabilidad individual, se sienten insatisfechos con el servicio o producto, han de soportar largas esperas, perciben la existencia de personas incumplidoras o, por no seguir, descargan su frustración, ira o estrés sobre cuantos por razón de su empleo están "disponibles" para sus propósitos.

4.- Por último, y sobre todo, los procedimientos laborales, donde importan los factores de organización y dirección (estilos de gestión rígidos y autoritarios o, por el contrario, abandono a su suerte); plantillas inadecuadas; trabajos en solitario, en pequeños grupos o en lugares remotos; existencia de bienes valiosos que custodiar y gestión de dinero líquido con el público o labores de caja (contabilidad, frecuencia de transporte a zona segura, métodos utilizados, distancias, rutas o procedimientos de entregas, recogidas y repartos); trabajos nocturnos o hasta muy tarde o muy de madrugada, importando mucho los horarios de apertura, cierre o entrega y recepción de servicios; índice de retrasos, errores o incumplimientos; gestión de acceso al público, de esperas y colas y de quejas y reclamaciones

---

<sup>252</sup> La cuarta encuesta europea sobre condiciones de trabajo, de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, señala que un 5 por 100 de trabajadores reconoce haber padecido situaciones de acoso o violencia en los doce meses anteriores, con una tendencia de ligero aumento entre 1995 y 2005. [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu).

<sup>253</sup> Con mayor amplitud, NTP 489: *Violencia en el lugar de trabajo*, 1998 (PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>254</sup> La exposición a violencia física en el trabajo presenta algunos rasgos peculiares: la causada por personas ajenas a la empresa afecta al 4 por 100 de los trabajadores, mientras la procedente de sujetos pertenecientes a la misma asciende sólo al 2 por 100, siendo mayor la incidencia de las amenazas (6 por 100) sobre el empleo de la fuerza física. [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu).

(información a proporcionar a los clientes, procedimientos o formación para hacerles frente); trabajos con público (consumidores, clientes, pasajeros, pacientes...), en especial si son personas con historiales de violencia, alcohólicos o drogadictos, sin techo, enfermos mentales o con otro perfil similar; ausencia de preparación para reaccionar a los conflictos; o, entre más, una cantidad o ritmo de trabajo excesivo que no permita mantener los reflejos suficientes para una reacción adecuada ante las posibles situaciones en presencia<sup>255</sup>.

Atendiendo a la clasificación vista, no cabe olvidar que las situaciones de violencia generan una serie de consecuencias sobre el trabajador y sobre la plantilla que es preciso tratar. Las consecuencias pueden manifestarse en sentimientos de cólera o ira, en una desconfianza general frente a personas extrañas, en ataques de pánico y ansiedad, conectados al miedo de que el evento violento pueda volver a producirse. Se pueden dar sentimientos de indefensión, aislamiento, vulnerabilidad, culpabilidad. Y asociado a todos ellos, se suele producir una sintomatología física asociada a estrés (trastornos de sueño, del apetito, etc.). Todo ello puede afectar no sólo la vida profesional sino personal. Por ello es importante dar una respuesta rápida y profesional que permita ayudar a recobrar del evento traumático. Este apoyo ha de ser a corto plazo lo más inmediatamente posible al acontecimiento de violencia y a largo plazo. El apoyo a corto plazo debe ser una combinación de apoyo emocional e información y ayuda práctica. En ocasiones, es necesario que el apoyo se prolongue en el tiempo, especialmente cuando las consecuencias físicas o emocionales son duraderas<sup>256</sup>.

En fin, no cabe olvidar la posible trascendencia de la violencia de género<sup>257</sup> como subtipo específico, reconociendo --eso sí-- su menor incidencia por la necesidad de que el maltratador esté presente en el medio laboral<sup>258</sup>. La Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, acometió una "reconceptualización" del término<sup>259</sup> para definirlo como "la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia"<sup>260</sup>. Así pues, el legislador nacional ha decidido limitarla a la violencia doméstica o intrafamiliar, restringiendo el más amplio de "violencia contra la mujer" emanado de la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos de 1993 o de la IV Conferencia Mundial de la ONU de 1995<sup>261</sup>.

---

<sup>255</sup> ROGERS, K.A. y CHAPPEL, D.: *Prevención y respuesta a la violencia en el trabajo*, Madrid (MTAS), 2004, págs. 20 y ss.

<sup>256</sup> NTP 489: *Violencia en el lugar de trabajo*, 1998 (PÉREZ BILBAO, J. y NOGAREDA CUIXART, C.).

<sup>257</sup> Conocida es la polémica sobre la denominación finalmente utilizada en lugar de violencia por razón de sexo; al respecto, *vid.* Informe sobre la expresión violencia de género de la RAE de 19 de mayo de 2004.

<sup>258</sup> No obstante, cuando por tal motivo el riesgo psicosocial sea extralaboral, no dejará de presentar acusada incidencia en el desarrollo de la prestación de servicios de tener en cuenta los derechos reconocidos por el art. 21 Ley 1/2004 a la trabajadora víctima de violencia de género; sobre el asunto, y junto a las obras luego citadas, FERNÁNDEZ LÓPEZ, M.F.: *La dimensión laboral de la violencia de género*, Albacete (Bomarzo), 2005, págs. 43 y ss.

<sup>259</sup> AÑÓN ROIG, M.J. y MESTRE i MESTRE, R.: "Violencia sobre las mujeres: discriminación, subordinación y Derecho", en AA.VV. (BOIX REIG, J. y MARTÍNEZ GARCÍA, E., Coords.): *La nueva Ley contra la violencia de género*, Madrid (IUSTEL), 2005, pág. 35.

<sup>260</sup> AA.VV. (RIVAS VALLEJO, M.P. y BARRIOS BAUDOR, G.L.): *Violencia de género. Perspectiva Multidisciplinar y práctica forense*, Cizur Menor (Thomson-Aranzadi), 2007 ó ARIAS DOMÍNGUEZ, A.: "Dos años de medidas sociales de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género: soluciones inconclusas", *RTSS(CEF)*, núm. 291, 2007, pág. 29 y ss. ó RODRIGUEZ ESCANCIANO, S.: *La protección jurídico laboral de la familia*, Valencia (Tirant Lo Blanch), 2008, págs. 28 y ss.

<sup>261</sup> La primera de ellas definía la "violencia contra la mujer" como "cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que produzca o pueda producir un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en las mujeres, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurran en la vida pública o privada"; al respecto, SANZ

Sea como fuere, de estar presente en el medio laboral, resulta obvio afirmar que las consecuencias para la salud de la trabajadora pueden verse agravadas respecto de la modalidad genérica, pudiendo provocar secuelas físicas transitorias (marcas, hematomas, fracturas óseas, conmoción cerebral) o permanentes (pérdida de visión, del oído, trastornos respiratorios irreversibles, lesiones o pérdidas de órganos internos, paraplejías o hemiplejías, cicatrices, quemaduras), lesiones durante el embarazo, dolencias psíquicas (trastorno por estrés postraumático, por estrés agudo, trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo, trastorno depresivo recurrente) o conducir al homicidio o al suicidio<sup>262</sup>.

### 5.3.- Hostigamiento psicológico (*mobbing*)

En el intento por organizar y comprender la amplia variedad de conductas que se engloban bajo el título de violencia en el lugar de trabajo, no cabe dejar de hacer referencia al acoso moral, reflejado en una serie de palabras, gestos, comportamientos o escritos (agresiones sumamente sutiles –al menos en un primer momento—y detalles que considerados aisladamente “apenas tienen significación jurídica”)<sup>263</sup>, cuya finalidad última radica en atentar contra la personalidad de quien se ha seleccionado como víctima, socavando su dignidad o integridad psíquica<sup>264</sup>. El debilitamiento del acosado se logra, a modo de “gota malaya”<sup>265</sup>, a través de maniobras habitualmente sutiles cuya consideración aislada muestra su carácter aparentemente anodino<sup>266</sup> o, al menos, su incapacidad de atentar contra la salud mental<sup>267</sup>. Es la reiteración de esas conductas a lo largo de un período de tiempo extenso lo que permite alcanzar los objetivos<sup>268</sup>, mediante “el sometimiento sin reposo a pequeños ataques repetidos”<sup>269</sup>. De este modo, el hostigador procederá a poner en práctica su “plan perverso” mediante comportamientos heterogéneos y de diferente naturaleza<sup>270</sup> (para cuya realización a veces contará con cómplices o utilizará a terceros de buena fe a través de los

---

CABALLERO, S.: “El tratamiento de la violencia contra la mujer en la Organización de las Naciones Unidas”, *Revista Española de Derecho Internacional*, núm. 1, 2004, págs. 530 y ss.

<sup>262</sup> VACCAREZZA, L.: “Sobre las secuelas de los malos tratos”, en AA.VV. (RIVAS VALLEJO, M.P. y BARRIOS BAUDOR, G.L.): *Violencia de género. Perspectiva Multidisciplinar y práctica forense*, cit., págs. 161 y ss.

<sup>263</sup> BLANCO BAREA, M.J.: “La defensa jurídica ante el acoso moral en el trabajo”, *La Ley*, julio, 2002, pág. 9.

<sup>264</sup> GÓMEZ LÓPEZ, J.M. y ALLER FLOREANCIG, T.: *Mobbing: una perspectiva multidisciplinar*, Madrid (Instituto Lurman para el estudio de la conducta-CC.OO), 2001, pág. 3.

<sup>265</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, Murcia (Laborum), 2004, pág. 67.

<sup>266</sup> MOLINA NAVARRETE, C.: “La tutela frente a la ‘violencia moral’ en los lugares de trabajo: entre prevención e indemnización”, *Aranzadi Social*, núm. 18, 2000, págs. 61 y ss.

<sup>267</sup> LEYMANN, H.: *Mobbing. La persécution au travail*, París (Seuil), 1996, págs. 23 y ss.

<sup>268</sup> ARAMENDI SÁNCHEZ, P.: “Acoso moral: su tipificación jurídica y su tutela judicial”, *Aranzadi Social*, núm. 2, 2002, pág. 61.

<sup>269</sup> HERNANDEZ VELASCO, E.: “Acoso moral en el trabajo o *mobbing*, las acciones judiciales de su víctima”, *Justicia Laboral*, núm. 10, 2002, págs. 57.

<sup>270</sup> Para la identificación de las conductas puede acudir, como más significativas, a las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia Navarra 30 abril y 18 mayo 2001 (AS 2001, 1878 y 1821), Madrid 24 septiembre y 8 octubre 2002 (JUR 2002, 282221 y 2003,1000) ó Barcelona 10 diciembre 2002 (AS 2002, 480).

cuales poder acceder a informaciones, difundir rumores o hacer propaganda negativa de la víctima)<sup>271</sup>. Los comportamientos más típicos en este sentido pueden ser agrupados, entre otras, en las siguientes categorías<sup>272</sup>:

1.- Actos de sabotaje laboral<sup>273</sup>. Los obstáculos al desenvolvimiento profesional pueden presentar muy diversas modalidades, orientadas bien a socavar su formación profesional, bien a poner cualesquiera trabas al desarrollo concreto de los cometidos a desempeñar. De entre otros muchos posible, puede hacerse mención a los siguientes:

a) Condenar a un empleado al ostracismo (al “destierro laboral”), no asignándole ninguna tarea, procurando que no encuentre ocupación alguna y sancionando sus iniciativas.

b) Encomendar una cantidad de trabajo imposible de realizar o labores que exigen una competencia superior a la poseída.

c) Alterar continuamente sus funciones correspondientes a una persona.

d) Saltarlo en la línea jerárquica, recabando información y dando instrucciones a un subordinado suyo.

e) Establecer horarios inadecuados y ocultar útiles, herramientas o informaciones necesarias para la ocupación habitual.

f) Asignar al individuo la realización de tareas muy inferiores a las correspondientes a sus competencias o capacidades (*shuting*) o el desempeño de trabajos humillantes, indignos o degradantes, en todo caso, impropios de su categoría profesional.

g) Infundir en la víctima el temor a errar.

h) Denegar derechos o gratificaciones merecidas por el trabajador.

i) Propiciar un trato desigual, sea en perjuicio del acosado, sea en su beneficio, en cuyo caso sufrirá el recelo de sus compañeros.

j) Fomentar el control dual, en virtud del cual, tras encomendar idéntico trabajo a sendos empleados, se ensalza siempre el resultado obtenido por uno de ellos y se critica sistemáticamente el conseguido por el otro.

k) Forzar al empleado a actuar contra su propia conciencia, manteniéndole permanentemente confuso respecto a cuáles sean sus competencias o responsabilidades dentro de la empresa.

2.- Aislamiento. No es extraño que el hostigador realice cuantas maniobras resulten precisas para impedir a la víctima relacionarse socialmente dentro de la empresa, imposibilitándole, además, encontrar aliados y amenazándole

---

<sup>271</sup> PINEDA SEGURA, C.: “El hostigamiento psicológico en el trabajo: el *mobbing*”, *Revista Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, núm. 215, 2001, págs. 151 y ss.

<sup>272</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F.; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILVA, J.A).

<sup>273</sup> Expresión acuñada por FERNÁNDEZ GARRIDO, J.: “Perspectivas psicosociales en torno al acoso y violencia psicológica en el trabajo”, en AA.VV (CORREA CARRASCO, M.,Coord.): *Acoso moral en el trabajo*, Cizur Menor (Aranzadi Thomson), 2006, pág. 19.

con sanciones u otras consecuencias negativas en caso de intentar entrar en contacto con los representantes o con los sindicatos a fin de buscar apoyo. El trabajador puede descubrir que no es convocado a reuniones ni invitado a celebraciones; que es trasladado a un despacho alejado sin vías de comunicación, quedando privado del uso del teléfono o del ordenador; que se le impone un vacío en la empresa a través de la advertencia a sus compañeros de que ni se acerquen ni hablen con él. Objetivo último: impedir al hostigado comunicarse adecuadamente con otros sujetos o con el propio acosador, quedando muy reducidas sus vías de defensa a partir de la imposibilidad de mantener relaciones normalizadas.

A tal fin, el agresor cuenta con varios instrumentos fundamentales: a) Rechazará la comunicación directa, optando por insinuar mediante gestos, miradas o actitudes corporales. b) Deformará el lenguaje para que no se comprenda su contenido, enviando mensajes vagos, ambiguos o imprecisos. c) Emitirá continuas amenazas, insultos o reproches. d) Utilizará la paradoja y los términos groseros; d) Recurrirá a una terminología técnica y abstracta que impresione por su erudición.

3.- Descalificaciones. Otra finalidad importante para el acosador viene dada por destruir la reputación (tanto laboral como personal) de la persona cuya desestabilización se pretende, atribuyéndole motivaciones espurias o vergonzantes. Tal efecto podrá obtenerlo de forma relativamente sencilla: ridiculizándola públicamente, haciendo circular rumores, cotilleos, comentarios maledicentes y falsedades; minusvalorando el trabajo con críticas permanentes; insinuando posibles defectos de la víctima (enfermedades mentales o físicas, así como un carácter conflictivo y problemático); imitando sus gestos o sus comportamientos; atacando sus creencias políticas y religiosas o recurriendo a la burla, la mofa, el sarcasmo, la denigración y el desprecio<sup>274</sup>.

4.- Violencia. Muchas veces el acoso se produce de forma soterrada y sutil, de modo que los observadores externos sólo presenciarán las reacciones aparentemente exageradas y excesivas de quien padece los ataques, pero en otras ocasiones la agresividad del autor de tan deplorable conducta se manifiesta de forma harto clara. El maltrato psicológico, en algunas casos, puede ir acompañado de agresiones verbales (gritos, insultos o amenazas explícitas), e, incluso, no es extraño que, en supuestos extremos, se produzcan también episodios en los cuales el hostigador recurra a la utilización de la fuerza física, con resultado de lesiones corporales más o menos graves o como simple advertencia. Todo ello con el fin de lograr la bancarrota de la dignidad de la víctima, de su integridad moral como trabajador<sup>275</sup>.

En fin, y conforme cabe apreciar, la casuística resulta inagotable. Las formas en que se manifiestan los comportamientos de psicoterror abarcan desde las conductas más burdas y viscerales hasta las más sutiles y rebuscadas, lo cual obliga a huir de generalizaciones<sup>276</sup>, no en vano el acosador directo (superior inmediato, empresario, directivo, compañero, inferior jerárquico...) pretende cumplir el objetivo de "intimidar, apocar, reducir, amilanar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a forzar su salida de la organización o a satisfacer una necesidad patológica de agredir, controlar y destruir a la misma como medio de reafirmación personal"<sup>277</sup>, utilizando en todo caso la "pluriofensividad"<sup>278</sup>.

---

<sup>274</sup> ESCUDERO MORATALLA, J.F. y POYATOS i MATAS, G.: *Mobbing: análisis multidisciplinar y estrategia legal*, Barcelona (Bosch), 2004, pág. 128.

<sup>275</sup> MARTÍNEZ ABASCAL, V.A.: "La protección extrajudicial frente al acoso moral en el trabajo", *Temas Laborales*, núm. 92, 2007, pág. 39.

<sup>276</sup> ROMERO RÓDENAS, M.J.: *Protección frente al acoso en el trabajo*, Albacete (Bomarzo), 2004, págs. 28 y ss.

<sup>277</sup> CAVAS MARTÍNEZ, F.: "El acoso moral en el trabajo 'mobbing': delimitación y herramientas jurídicas para combatirlo", *Actualidad Jurídica Aranzadi*, núm. 555, 2002, pág. 3.

Desde luego, las consecuencias para la salud del trabajador acosado no son en absoluto baladíes, pudiendo presentar una sintomatología muy diversa tanto en el plano psíquico como en el físico. Respecto a los primeros, "el eje principal de las consecuencias que sufre el sujeto afectado sería la ansiedad: la presencia de un miedo acentuado y continuo, de un sentimiento de amenaza. La ansiedad que manifiestan estos sujetos en su tiempo de trabajo, puede generalizarse a otras situaciones. Pueden darse también otros trastornos emocionales como sentimientos de fracaso, impotencia y frustración, baja autoestima o apatía. Pueden verse afectados por distintos tipos de distorsiones cognitivas o mostrar problemas a la hora de concentrarse y dirigir la atención (los diagnósticos médicos compatibles son síndrome de estrés postraumático y síndrome de ansiedad generalizada). Este tipo de problema puede dar lugar a que el trabajador afectado, con el objeto de disminuir la ansiedad, desarrolle comportamientos sustitutivos tales como drogodependencias y otros tipos de adicciones, que además de constituir comportamientos patológicos en sí mismos, están en el origen de otras patologías. La excesiva duración o magnitud de la situación de *mobbing* puede dar lugar a patologías más graves o a agravar problemas preexistentes. Así, es posible encontrar cuadros depresivos graves, con individuos con trastornos paranoides e, incluso, suicidas"<sup>279</sup>.

Por cuanto hace a las repercusiones físicas, pueden surgir diversas manifestaciones de patología psicosomática, desde dolores y trastornos funcionales hasta trastornos orgánicos"<sup>280</sup>; más en concreto, "desarrollo de las comúnmente denominadas 'enfermedades del estrés', traducidas en trastornos cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, arritmias, enfermedad de Raynaud), musculares (temblores, aumento del tono muscular, tics, hiperreflexia, contracturas), respiratorios (asma, hiperventilación, sensación de ahogo), gastrointestinales (úlceras pépticas, dispepsias, colon irritable), endocrinos (diabetes e hipoglucemia, disfunción suprarrenal, hipertiroidismos, hipotiroidismo) y dermatológicos (sensación de picor, exceso de sudoración, dermatitis atópica, pérdida de cabello) o en otras disfunciones que van desde el dolor de cabeza crónico... hasta la drogadicción"<sup>281</sup>.

---

<sup>278</sup> VALLEJO DACOSTA, R.: *Riesgos psico-sociales: prevención, reparación y tutela sancionadora*, Cizur Menor (Aranzadi Thomson), 2005, pág. 28.

<sup>279</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILVA, J.A.). Más en detalle, "en cuanto hace a las consecuencias psíquicas, es de destacar la gran variedad de síntomas apreciados a este nivel, capaz de hacer prácticamente imposible cualquier pretensión de alcanzar un listado acabado... síntomas cognoscitivos de estresores potentes con producción de reacciones psicológicas exageradas (trastornos de la memoria, dificultades de concentración, depresión, estado anímico bajo, apatía, falta de iniciativa, irritabilidad, cansancio agresividad, sentimientos de inseguridad, hipersensibilidad a las dificultades, etc); psicosomáticos (pesadillas, diarreas, dolor abdominal epigástrico, sentimientos de enfermedad, pérdida de apetito, llanto espontáneo, soledad, falta de relaciones, nudo en la garganta, etc.); conectados con la producción de las hormonas corticotropina, adrenalina y noradrenalina y con la actividad del sistema nervioso autónomo (dolor torácico, sudoración, sequedad de boca, palpitaciones, acortamiento de la respiración, rubefacción, etc.); relacionados con la tensión muscular vinculada a un estrés prolongado (dolor de espalda, cervical o muscular, por ejemplo); trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o interrupciones del mismo y fácil despertar); y un largo etcétera que incluye debilidad, cansancio generalizado, temblores mareos, vahídos o desvanecimientos... la prolongación del acoso en el tiempo, además de agravar tales problemas, puede traer aparejados otros de mayor alcance y severidad (incluidos los trastornos paranoide y suicida) entre los cuales cabría hacer mención a cambios permanente de personalidad, bien con predominio de trastornos obsesivos (actitud hostil y de sospecha hacia el entorno; sentimiento crónico de nerviosismo por creerse continuamente sometido a peligro; en fin, hipersensibilidad respecto a las injusticias e identificación constante, patológica y compulsiva con quienes sufren) o depresivos (sentimiento de vacío e indefensión, incapacidad anímica para disfrutar de los acontecimientos de la vida cotidiana y riesgo constante de abuso de psicofármacos), bien con síntomas adicionales de resignación (aislamiento individual, alienación y actitud cínica hacia el entorno)", AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, cit., págs. 90-91.

<sup>280</sup> NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998 (MARTÍN DAZA, F; PÉREZ BILBAO, J. y LÓPEZ GARCÍA-SILVA, J.A.).

<sup>281</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, cit., pág. 92.

## 5.4.- Acoso sexual

Sea por mor del “chantaje sexual”, o abuso de autoridad a cargo de quien tiene poder para proporcionar o retirar un beneficio laboral (empleo continuado, salario, formación o promoción profesional, como aspectos más comunes entre un elenco sencillo de completar); a partir del “clima organizacional”<sup>282</sup>, o las características de la unidad productiva que facilitan la existencia de un ambiente de cierta tolerancia hacia el acoso: contextos predominantemente masculinos; quejas no tomadas en cuenta o que se percibe como peligroso plantearlas; pocas posibilidades de que los autores sean castigados; falta de compromiso empresarial en una investigación seria, confidencial y con protección frente a posibles represalias; o ausencia de formación a mandos y gestores para identificar cuantos factores contribuyen a que no se produzca y a familiarizarse con sus responsabilidades a estos efectos. Sea por estos u otros aspectos similares; lo cierto es que, de mediar este factor de relación intersubjetiva negativa (cargado, en todo caso, de violencia) , se crea un entorno laboral intimidatorio, hostil y humillante para quien lo padece, capaz de generar, además de problemas físicos asociados al estrés, graves traumas emocionales, ansiedad, depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de desesperación y de indefensión, de impotencia, de cólera, de asco...; a la postre, de baja autoestima<sup>283</sup>. El fin radica, por tanto, en violentar la libertad sexual de la persona acosada, a través de conductas con un claro contenido libidinoso (*unwanted sexual advant*), cuyas repercusiones sobre la estabilidad emocional de la víctima son siempre negativas<sup>284</sup>: una situación psíquica que se suele diagnosticar como trastorno adaptativo con estado emocional ansioso-depresivo.

En un intento sistematizador, la doctrina distingue hasta cuatro tipos de conductas en función de la gravedad o la intensidad de la acción: a) Bromas o chistes sobre el sexo, abuso del lenguaje y comentarios sobre la apariencia, el aspecto u observaciones desagradables. b) Invitaciones impúdicas o comprometedoras o uso de material pornográfico en el centro de trabajo. c) Contacto físico de carácter sexual, acompañado o no de comentarios o gestos ofensivos, sin empleo de fuerza o intimidación; d) Requerimiento de favores sexuales, acompañado de promesas explícitas de trato preferencial o de amenazas en caso de no acceder a dicho requerimiento<sup>285</sup>.

El acoso puede exteriorizarse, pues, mediante cualquier comportamiento de índole sexual que suponga una ofensa para quien lo recibe con independencia del medio utilizado (incluyendo acciones, gestos, insinuaciones, palabras, escritos e, incluso, dibujos) capaz de provocar una tensión emocional a quien se siente hostigado<sup>286</sup>. Aun a riesgo de ser reiterativos, siguiendo la Nota Técnica de Prevención que aborda el asunto, cabe afirmar cómo, “a nivel de efectos o consecuencias, el acoso sexual afecta negativamente al trabajo. Repercute sobre la satisfacción laboral, incrementa los intentos de evitar tareas e incluso el abandono del trabajo; las víctimas se toman tiempo libre, lo que implica un incremento de costes al empleador vía paga por enfermedad y seguros médicos. Cuando acuden a trabajar se suele dar una menor productividad, menos motivación, lo que conlleva menos cantidad y calidad de trabajo... También se ve afectada la salud psicológica; reacciones relacionadas con el estrés como los traumas emocionales, la ansiedad, la depresión, estados de nerviosismo, sentimientos de desesperación y de indefensión, de impotencia, de

---

<sup>282</sup> Su exposición en el magisral trabajo de FITZGERALD, L. *et altri*: “Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations. Atest of an integrated model”, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 82, núm. 4, 1997, págs. 3 a 7 (separata).

<sup>283</sup> NTP 507: *Axoso sexual en el trabajo*, 1999 (PÉREZ BILBAO, J. y SÁNCHEZ FIGUEROA, T.).

<sup>284</sup> AA.VV.: *La prevención de riesgos en los lugares de trabajo. Guía para una intervención sindical*, Madrid (ISTAS-CC.OO), 3ª edición, 2001, pág. 327.

<sup>285</sup> PÉREZ DEL RÍO, T.: “La violencia de género en el trabajo: el acoso sexual y el acoso moral por razón de género”, *Temas Laborales*, núm. 92, 2007, pág. 186.

<sup>286</sup> QUESADA SEGURA, R.: “La protección extrajudicial frente al acoso sexual en el trabajo”, *TL*, núm. 92, 2007, pág. 131.

cólera, de aversión, de asco, de violación, de baja autoestima... La salud física también se ve resentida; trastornos del sueño, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, náuseas, hipertensión, úlceras,..., en definitiva, sintomatología física asociada a estrés. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que el impacto del acoso de una persona en concreto está moderado por su vulnerabilidad y por sus estilos de respuesta ante la situación en concreto. Por otra parte, es importante reseñar que, en muchos casos, las consecuencias negativas no difieren entre quienes ante una situación la etiquetan de acoso sexual y quienes no. Por ello, la experiencia de acoso es más importante a la hora de determinar las consecuencias negativas que el considerarse a uno mismo como víctima del acoso sexual<sup>287</sup>.

## 6.- CONCLUSIÓN

La carga mental y la fatiga, el estrés laboral, el síndrome emocional o del quemado, el conflicto y la ambigüedad de rol, el acoso moral o sexual y la violencia en el trabajo, poseen una serie de efectos negativos, que inciden sobre la salud física y, sobre todo, mental de los trabajadores y que provocan esencialmente los mismos o parecidos síntomas, manifestados en trastornos ansiosos, adaptativos y/o depresivos que, en los supuestos más graves pueden desembocar en el suicidio<sup>288</sup> de la persona<sup>289</sup>.

Estos efectos psicológicos perniciosos que pueda llegar a padecer el sujeto no pueden considerarse en absoluto un problema individual. Su alcance va mucho más allá; de hecho, afecta a la sociedad en general, no en vano habrá de ser el conjunto de ciudadanos quien cargue con la asunción de los costes derivados de la baja o sucesivas bajas del trabajador, con el correspondiente tratamiento de su enfermedad o enfermedades mentales y la eventual necesidad de hacer uso de un número indeterminado de fármacos en tanto se prolongue el seguimiento y el mencionado tratamiento en aras de su recuperación.

Las prestaciones farmacéuticas son una parte esencial del sistema ya que poseen una enorme significación en los costes generales del mismo y, a diferencia de lo que ocurre con las sanitarias en general, en la normativa de Seguridad Social siempre han merecido una consideración específica. Una importantísima parte del gasto sanitario corresponde a los medicamentos, siendo una de las preocupaciones de los poderes públicos el modo de reducirlo<sup>290</sup>. Los gastos para la Seguridad Social son, en consecuencia, de difícil cuantificación<sup>291</sup>, en tanto en un buen número de ocasiones la sintomatología de una persona no llega a ser asociada al padecimiento sufrido, no llegando las enfermedades y dolencias padecidas a presentarse oficialmente como derivadas del trabajo, aunque en realidad lo sean, especialmente en supuestos de estrés<sup>292</sup> y hostigamiento<sup>293</sup>.

---

<sup>287</sup> NTP 507: *Acoso sexual en el trabajo*, 1999 (PÉREZ BILBAO, J. y SANCHO FIGUEROA, T.).

<sup>288</sup> Entre otras, y por todas, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Galicia 4 abril 2003 (JUR 2003/217748).

<sup>289</sup> Pudiendo, por tanto, afirmarse, “en una primera acotación, que existe un punto de unión entre los distintos riesgos que justificaría un mismo tratamiento jurídico; en todos los casos, el bien jurídico dañado es la salud y más en concreto la salud psico-física de los trabajadores”, VALLEJO DACOSTA, R.: *Riesgos psico-sociales: prevención, reparación y tutela sancionadora*, Madrid (Thomson-Aranzadi), 2005, págs. 14-15.

<sup>290</sup> MUÑOZ MACHADO, S.: “Gastos farmacéuticos y otras reformas del sistema nacional de salud”, *Derecho y Salud*, núm. 2, Vol. 9, 2001, pág. 133 y ss.

<sup>291</sup> Nadie sabe, por ejemplo, “los costos reales de la violencia vinculada al trabajo y una vida devastada no tiene precio”, OLSEN, L.: “No invertir en la prevención de la violencia en el trabajo resulta oneroso”, cit., pág. 37.

<sup>292</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Letrera), 2005, pág. 51.

<sup>293</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, cit., pág. 101.

Es más, el coste en muchas ocasiones se dispara sin medida, pues el éxito y la trascendencia mediática alcanzada por estos nuevos riesgos ha generado la aparición de la inevitable picaresca marcada por la simulación fraudulenta de la patología por parte del trabajador como mecanismo de obtención de determinados beneficios<sup>294</sup>. Además, cada vez es más frecuente que las situaciones de incapacidad que tengan su origen en los denominados riesgos psicosociales se califiquen (aun cuando no están recogidas en el listado enfermedades profesionales) como derivadas de contingencia de origen laboral y más concretamente como accidentes de trabajo<sup>295</sup>, lo cual representa indudables ventajas para los trabajadores víctimas de tales fenómenos, desde el momento en que los períodos carenciales, el nivel de protección, la base reguladora de las prestaciones, los porcentajes aplicables sobre dichas bases y, en su caso, las mejoras voluntarias de la acción protectora de la Seguridad Social, otorgan un trato más favorable a dichas contingencias profesionales que a las comunes<sup>296</sup>. De producirse un impacto en la esfera psicológica (e incluso física, pues en muchos casos el riesgo psicosocial se combina con somatizaciones típicas del estrés laboral tales como arritmias, taquicardias o trastornos gastrointestinales) del individuo, una manifestación patológica típica será la incapacidad temporal por trastorno psíquico (acompañada del correspondiente subsidio económico), pudiendo, asimismo, dependiendo de su gravedad y cronificación, dar lugar a situaciones definitivas calificables como de incapacidad permanente (merecedoras de la correspondiente pensión pública)<sup>297</sup>.

Ante este tipo de circunstancias cabrá seguir hablando de una verdadera “sangría para el sistema de protección social”<sup>298</sup> sobre la cual procede actuar de inmediato para evitar una verdadera bancarrota, diseñando efectivas medidas preventivas con el fin de convertir la salud mental de los trabajadores en parte esencial de la vida diaria de las empresas<sup>299</sup>. La pluralidad de figuras aglutinadas bajo la expresión “riesgo psicosocial” hace difícil efectuar un estudio sistemático de las formas de reacción que ha de adoptar el empresario ante su concurrencia. Con todo, y en una clasificación simplísima destinada a permitir un análisis de las eventuales respuestas jurídicas, puede decirse que los factores de riesgo pueden provenir, bien de los propios elementos productivos de la empresa (entendidos en un sentido amplio), bien del comportamiento de alguno de los trabajadores de la compañía.

En ambos casos el empresario está llamado a actuar y, ya como complemento necesario del sistema preventivo de la empresa, ya para cubrir sus posibles lagunas, puede (debe) proceder, de un lado, a reorganizar el

---

<sup>294</sup> TOLOSA TRIBIÑO, C.: “Los nuevos riesgos laborales y su tratamiento en el ámbito sancionador y de la Seguridad Social”, *Relaciones Laborales*, núm. 10, 2004, págs. 27 y ss.

<sup>295</sup> Sobre el particular, ampliamente, DÍAZ DESCALZO, M<sup>a</sup>.C.: “Los riesgos psicosociales en el trabajo: el estrés laboral, el síndrome del quemado y el acoso laboral. Su consideración como accidente de trabajo”, *Revista de Derecho Social*, núm. 17, 2002, págs. 183 y ss.

<sup>296</sup> La no exigencia de período de carencia alguno para acceder a las prestaciones derivadas de accidente de trabajo permite que la calificación como contingencia profesional garantice siempre el derecho a prestaciones de Seguridad Social en supuestos de incapacidad temporal o permanente, aun en presencia de una vida laboral limitada en el tiempo. No obstante, dado que el mobbing exige una situación de hostigamiento mantenida durante un período determinado --mayoritariamente estimado de 6 meses--, siempre se reuniría el período de carencia exigible, aun en el supuesto hipotético de calificar la incapacidad temporal como derivada de enfermedad común. ROMERO RÓDENAS, M<sup>a</sup>.J.: *Protección frente al acoso en el trabajo*, cit., pág. 43.

<sup>297</sup> NAVARRO NIETO, F.: “Aspectos críticos en el tratamiento jurídico del acoso moral laboral”, *Tribuna Social*, núm. 202, 2007, págs. 24 y ss.

<sup>298</sup> ROMERO RÓDENAS, M<sup>a</sup>. J.: *La protección frente al acoso en el trabajo*, cit., pág. 7 y ss. En torno a la cuestión y los costes que puede suponer el acoso laboral en nuestro país, PASTRANA JIMÉNEZ, J. I.: “¿Cuánto cuesta el mobbing en España?”, *Lan Harremanak*, núm. 7, 2002, pág. 171 y ss.

<sup>299</sup> CASTELLÁ, T. et alii: *Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales. Guía para la intervención sindical del delegado y delegada de prevención*, cit., pág. 21 o MONCADA I LLUÍS, S. y LLORENS SERRANO, C.: “Aproximación a los riesgos psicosociales y a los métodos de evaluación e intervención preventiva”, en AA.VV.: *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y de Seguridad Social*, Madrid (CGPJ), 2005, pág. 47.

proceso productivo para tornarlo inocuo y, de otro y en su caso, a reprobar y sancionar a aquellos operarios que, con su comportamiento, estén facilitando la materialización de un riesgo psicosocial<sup>300</sup>. Una de las propuestas ofrecidas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) es el modelo de demanda-control-apoyo social<sup>301</sup>, cuyo punto de partida es la necesaria actuación en estos tres ámbitos, considerados como elementos que interactúan, en tanto los dos últimos “suelen verse influidos por los cambios en la organización del trabajo y, de hecho, las intervenciones preventivas que modifican en origen los riesgos psicosociales por lo general afectan conjuntamente a ambas dimensiones”<sup>302</sup>.

Desde el propio INSHT se señala que “los principios básicos serían optimizar las exigencias, aumentar el control del trabajador sobre sus condiciones de trabajo, potenciar la participación activa, disminuir la jerarquía, mejorar el desarrollo de capacidades y el aprendizaje”, pero también “crear redes de trabajo que proporcionen apoyo”. Así las cosas, “la intervención primaria frente al riesgo psicosocial implica mejoras en el diseño, organización y gestión del ambiente psicosocial de trabajo. A menudo supone combinar el enriquecimiento de las tareas con el trabajo en grupo, lo que, además de potenciar la capacitación, responsabilidad y autorrealización individual de las personas, incrementa la motivación y cooperación”.

En cualquier caso, el organismo público acompaña una tabla de condiciones de éxito de un programa de intervención<sup>303</sup>: actuar a nivel de reestructuración de la organización del trabajo y de las tareas; diseñar estrategias de cambio prolongado, a largo plazo; asegurarse de que exista una implicación efectiva de la dirección en todas las fases del proceso (compromiso explícito, aportación de recursos, intervención visible en las distintas etapas)<sup>304</sup>; contar con el asesoramiento de expertos externos; establecer procesos de participación de los trabajadores desde la primera a la última fase; enseñar a participar, especialmente a los empleados de más bajo estatus, y revisar las funciones de mandos intermedios y técnicos para adaptarlas a las consecuencias del fomento de la autonomía de las redes de apoyo social<sup>305</sup>.

Desde tal perspectiva, la negociación colectiva constituye ciertamente un instrumento idóneo para que los agentes sociales tomen bajo su responsabilidad garantizar la consecución de un entorno laboral exento de riesgo

---

<sup>300</sup> MARTÍN CHAPARRO, M<sup>a</sup> P.; VERA MARTÍNEZ, J. J.; CANO LOZANO, M<sup>a</sup> C. y MOLINA NAVARRETE, C.: “Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo”, *Temas Laborales*, núm. 75, 2004, págs. 123 y ss. o MONCADA I LLUÍS, S. y LLORENS SERRANO, C.: “Aproximación a los riesgos psicosociales y a los métodos de evaluación e intervención preventiva”, cit., págs. 165 y ss.

<sup>301</sup> Refrendado por Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Madrid 5 octubre 2005 (AS 2555).

<sup>302</sup> NTP 603: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, cit. Por su parte, la NTP 703: *El método COPSQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales*, cit., alude a los siguientes aspectos a considerar: 1) Exigencias psicológicas del trabajo (cuantitativas, cognitivas, emocionales, de esconder emociones, sensoriales...). 2) Influencia y desarrollo de habilidades (influencia en el trabajo, posibilidades de desarrollo, control sobre el tiempo de trabajo, sentido del trabajo --implicación en su contenido-- integración en la empresa...). 3) Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo (previsibilidad, claridad y conflicto de rol, calidad de liderazgo, refuerzo, apoyo social, posibilidades de relación social, sentimiento de grupo...). 4) Compensaciones (inseguridad, estima...). 5) Doble presencia.

<sup>303</sup> Extraídas de NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social II*, cit.

<sup>304</sup> “La dirección juega un papel trascendental en la construcción y desarrollo de esta nueva cultura de empresa. No sólo tiene que estar convencida de los beneficios de su implantación, sino que además tiene que poner todos los medios necesarios y su ejemplaridad para que ésta sea efectiva y todas las personas de la organización la asuman”, NTP 745: *Nueva cultura de empresa y condiciones de trabajo*, cit.

<sup>305</sup> NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social II*, cit.

psicosocial. Sin embargo, los estudios convencionales realizados hasta el momento muestran que la atención dedicada al tema sigue siendo insuficiente<sup>306</sup>.

La incipiente existencia de prácticas de empresa donde se establecen códigos de conducta y protocolos de actuación dirigidos a atajar este tipo de comportamientos constituye, no obstante, un primer paso en un camino que necesariamente debe ser transitado por los interlocutores sociales a través de procedimientos establecidos, revisados y supervisados por los empleadores, en consultas con los trabajadores y/o sus representantes, a fin de asegurar que resultan efectivos tanto en la prevención como en el tratamiento de los problemas cuando éstos aparezcan. Todo ello sin olvidar cómo la Inspección de Trabajo tiene una importante función en la tutela de los derechos que pueden vulnerados en los distintos supuestos de manifestación del riesgo psicosocial, no en vano su cometido fundamental reside en la vigilancia y control del cumplimiento de las normas laborales, incluidas las preventivas<sup>307</sup>.

---

<sup>306</sup> TRUJILLO VILLANUEVA, F.: “*In memoriam*: poderes empresariales y acoso en la negociación colectiva”, en AA.VV (ESCUDERO RODRÍGUEZ, R., Dir.): *La negociación colectiva en España: una mirada crítica*, Valencia (Tirant Lo Blanch), 2006, págs. 44 y ss.

<sup>307</sup> MARTÍNEZ BARROSO, M.R.: *Riesgo psicosocial en el sistema de protección social*, Murcia (Laborum), 2007, pág. 179.

---

# PAUTAS ALTERNATIVAS PARA LA GESTION DE LA INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL DERIVADA DE SALUD MENTAL

---

Juan José Fernández Domínguez,  
Susana Rodríguez Escanciano,  
Beatriz Agra Viforcós

---

## PRIMERA PARTE.-

### MODIFICACIONES EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Hay datos, por sí solos, capaces de sacudir la conciencia social: cada año más de un millón de personas reciben atención sanitaria por problemas relacionados con la salud mental (depresión, estrés postraumático, ansiedad, pánico, agorafobia, trastornos de la personalidad, neurosis, fobia social, manía, deficiencias del comportamiento alimentario...). Es más --y recurriendo de nuevo a la estadística--, el número de días de baja en el trabajo consecuencia de tales dolencias ha llegado a sobrepasar la cifra de 140.000 durante el año 2008, superando en el triple a la media, sin contar las jornadas de trabajo reducidas, que duplican, a su vez, a las pérdidas<sup>308</sup>.

La necesidad de controlar el importe económico que para los fondos públicos (arcas de la Seguridad Social, gasto médico y farmacéutico, detrimento de la competitividad empresarial...) suponen las situaciones de incapacidad temporal en las cuales se encuentran inmersos aquellos trabajadores aquejados de algún tipo de psicopatología, obliga a plantear la posibilidad de introducir una serie de medidas de reforma sobre la ordenación actual de este tipo de contingencia. Tal objetivo no resulta fácil, sin embargo, pues exigiría reformular en su integridad el mosaico regulador de la misma. Con un fin mucho más modesto, en este trabajo se van a intentar esbozar algunas pautas a considerar por el legislador a la hora de implantar un sistema más adecuado de supervisión y seguimiento de aquellas dolencias mentales capaces de impedir el desarrollo de la actividad profesional con normalidad, así como de frustrar la calidad de vida de quienes las padecen.

---

<sup>308</sup> ARAÑA SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España. Autor del que se adopta la base expositiva a lo largo de todo este trabajo.

Bajo tal premisa, deviene imprescindible realizar, en primer lugar, un repaso, siquiera breve, de la evolución normativa operada en los últimos años sobre la incapacidad temporal, descendiendo al detalle, en un segundo momento, de los continuos cambios introducidos en la gestión y control de la prestación económica, para llegar a describir finalmente las limitaciones con que, en la práctica, se encuentran los encargados de realizar la vigilancia médica del afectado a la hora de emitir el correspondiente parte de baja, de conceder el alta por curación o de aconsejar la continuación en la situación protegida por encontrarse verdaderamente acreditada la patología mental padecida.

## 1.- La incapacidad temporal a la luz de sus últimas reformas: planteamiento general

De todos es conocido cómo dentro de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social ocupa un lugar primero y principal la prestación económica en la situación de incapacidad temporal, cuya finalidad es doble: otorgar asistencia sanitaria y sustituir rentas cuando el trabajador pierde transitoriamente su capacidad profesional (art. 128 Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social --LGSS--).

Esta prestación ha sido objeto de múltiples reformas legislativas que han afectado a importantes aspectos de su régimen jurídico, desde su denominación, pasando por su duración y cuantía, hasta su gestión y control. Es más, la regulación de la incapacidad temporal constituye uno de los aspectos por los que viene pasando necesariamente cualquier modificación del Derecho de la Seguridad Social en los últimos años.

Así, y sin ánimo exhaustivo, cabe recordar que<sup>309</sup>:

1º.- Las viejas y nunca pacíficas contingencias de incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional fueron reformadas por la Ley 42/1994, de 31 de diciembre, la cual procedió a dar una nueva denominación a la primera (incapacidad temporal), suprimiendo formalmente la segunda, y sustituyéndola por una prórroga con efectos económicos hasta la posible calificación de invalidez permanente.

2º.- La Ley 66/1997, de 30 de diciembre, estableció una competencia compartida entre los médicos del Servicio Público de Salud y los facultativos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), introduciendo un nuevo apartado en el número 1 del art. 131 *bis* LGSS, a partir del cual se permitía a los segundos expedir el parte de alta médica, sin perjuicio de poder seguir recibiendo la correspondiente asistencia sanitaria, competencia que se extendió a los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y a los facultativos adscritos al Instituto Social de la Marina (ISM)<sup>310</sup>.

3º.- La Ley 50/1998, de 30 de diciembre, modificó la entonces vigente Ley 8/1988, de 7 de abril, sobre Infracciones y Sanciones del Orden Social, para tipificar como incumplimiento grave el hecho de no comparecer, salvo causa

---

<sup>309</sup> SALA FRANCO, T.: “La incapacidad temporal: visión crítica de su actual régimen jurídico”, en AA.VV. (MONEREO PÉREZ, J.L. *et alli*, Coords.): *La Seguridad Social a la luz de sus reformas pasadas, presentes y futuras*, Granada (Comares), 2008, págs. 795 y ss.

<sup>310</sup> CARRERO DOMÍNGUEZ, C. y QUINTERO LIMA, M.G.: “La gestión de las enfermedades profesionales por las Mutuas de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales”, en AA.VV. (MERCADER UGUINA, J.R., Coord.): *Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, Madrid (La Ley), 2007, pág. 399.

justificada, a los reconocimientos médicos ordenados por la Entidad Gestora, así como no presentar ante la misma los antecedentes, justificantes o datos requeridos.

4º.- La Ley 24/2001, de 27 de diciembre, centró su atención en la novación de las condiciones de extinción de la prestación económica, introduciendo, al tiempo, un nuevo apartado primero en el art. 131.3 *bis* LGSS, en el cual se recogía la obligación de cotizar durante la situación de incapacidad temporal, con la pretensión de proporcionar solución a las posibles lagunas surgidas mientras estaba pendiente la declaración de incapacidad permanente.

5º.- La Ley 30/2005, de 29 de diciembre, procedió a la supresión de la segunda prórroga de la incapacidad temporal, atribuyendo al INSS la facultad de determinar los efectos que deberían producirse una vez agotado el plazo de doce meses, pudiendo expedir el alta a los exclusivos efectos económicos.

6º.- La Ley 40/2007, de 4 de diciembre, modificó nuevamente la regulación del subsidio de incapacidad temporal con el fin de que el alta expedida en el duodécimo mes pudiese extender sus efectos conjuntamente al ámbito laboral y al de la protección social, tratando así de evitar la inseguridad jurídica provocada por la disparidad de diagnósticos entre los Servicios de Salud y el INSS.

7º.- La Ley 26/2009, de 23 de diciembre, ha introducido dos novedades en el panorama descrito: de un lado, el cómputo de la duración de la prestación pasa a realizarse en días (antes se efectuaba en meses); de otro, se añade una nueva causa de alta, cual es la incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS en los casos de trabajadores sin derecho a subsidio.

8º.- Toda esta complejidad legislativa se llevado a cabo, además, manteniéndose la ordenación reglamentaria procedente del desarrollo de la Ley de Seguridad Social de 1966, en particular el Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, y la Orden de 13 de octubre de 1967, los cuales conviven con todo un elenco de normas infralegales posteriores de distinto alcance, entre las cuales cabe mencionar el Decreto 1646/1972, de 23 de junio; el RD 53/1980, de 11 de enero; el RD 575/1997, de 18 de abril (modificado por el RD 1117/1998, de 5 de junio), o la Orden de 12 de febrero de 2004. Más próximo en el tiempo, es menester hacer mención al RD 1430/2009, de 11 de septiembre, en virtud del cual se regulan los procedimientos a seguir, de una parte, en el supuesto de disconformidad del interesado en relación con las altas expedidas por los Servicios correspondientes del INSS en aquellos procesos que hayan alcanzado los doce meses de duración, y, de otra, cuando se trate de revisar, a instancias del beneficiario, las altas médicas expedidas por las MATEPSS<sup>311</sup>.

En fin, el panorama no puede ser más desalentador: coexisten en su aplicación un elenco de normas, legales y reglamentarias, aparecidas en cascada a lo largo de los últimos cuarenta años, no en vano la regulación vigente más antigua data de 1967 (Orden de 17 de octubre de 1967) y la más reciente se encuentra en la Ley 26/2009, de 23 de diciembre. Algunas de estas disposiciones han sido semiderogadas, otras muchas reinterpretadas y no pocas resultan obsoletas. Es harto preocupante, además, la existencia de importantes lagunas o carencias, sólo cubiertas eventualmente por la negociación colectiva, por el contrato individual de trabajo o, incluso, por la propia tolerancia empresarial, tal y como sucede, en paradigmático ejemplo, con las visitas al médico que no causan baja o con las suspensiones contractuales derivadas de intervenciones quirúrgicas no cubiertas por la Seguridad Social (curas de

---

<sup>311</sup> PANIZO ROBLES, J.A.: “Un nuevo paso en el control de la prestación de Seguridad Social por incapacidad temporal: el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación por incapacidad temporal”, *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, núm. 320, 2009, págs. 35 y ss.

adelgazamiento, cirugía estética, desintoxicaciones...). En el peor de los casos, las insuficiencias han sido totalmente olvidadas, conforme ocurre con las situaciones de incapacidad temporal derivadas de enfermedades mentales, marcadas por un cúmulo ingente de especialidades capaces de aconsejar, en múltiples ocasiones –y sobre todo a efectos de asistencia sanitaria--, un tratamiento separado del patrón común<sup>312</sup>.

## 2.- Sobre la gestión de la prestación

El anterior esbozo normativo muestra un panorama hartamente enrarecido, dentro del cual cobran significativa relevancia las mutaciones obradas en el tradicional reparto de papeles entre el área sanitaria y el área de gestión económica que se ocupan de la incapacidad temporal.

Ello no debe hacer olvidar, sin embargo, que el subsidio está directamente relacionado con la atención médica, hasta el punto de que esta última constituye presupuesto imprescindible para la existencia del hecho causante de aquél. Si esta afirmación se muestra obvia en cualquier supuesto de incapacidad temporal, todavía lo hace con mayor contundencia cuando de una enfermedad psíquica se trata, pues el componente subjetivo y la interiorización de sus consecuencias hace que las lesiones o dolencias incapacitantes puedan afectar a los trabajadores de muy distinta manera en relación con su concreta actividad profesional.

De ello no parece ser consciente, sin embargo, el legislador, centrado obsesivamente en mantener un permanente control público de la prestación económica a través de la intervención de la Entidad Gestora y dejando relegada la participación de los facultativos del Sistema Público de Salud a una mera tarea burocrática sin demasiadas garantías clínicas, capaz de desvirtuar su sentido primigenio como juicio individualizado y exhaustivo sobre la situación patológica y su entidad<sup>313</sup>.

### 2.1.- La intervención de la Entidad Gestora

La preocupación por la necesidad de corregir y frenar las causas de fraude, que se recogía en la Recomendación decimotercera del Pacto de Toledo, es la que ha inspirado gran número de intervenciones normativas en el control de la prestación aquí analizada, sobre las cuales procede insistir en este momento<sup>314</sup>:

1º.- Hasta la reforma de 2006, las funciones de seguimiento del subsidio pasaron por las dos siguientes circunstancias: de un lado, la posibilidad de que las entidades responsables del pago pudieran someter a los beneficiarios a reconocimientos médicos y, como consecuencia de ello, remitir a los Servicios de Salud las propuestas de alta; de otro,

---

<sup>312</sup> BURGOS GINER, M.A.: “El control de la incapacidad temporal”, en AA.VV. (OJEDA AVILÉS, A., Coord.): *La incapacidad temporal*, Pamplona (Aranzadi), 1996, págs. 187 y ss.

<sup>313</sup> DUEÑAS HERRERO, L.J.: “Contingencia y prestación por incapacidad temporal”, en AA.VV. (BLANCO MARTÍN, A., Coord.): *Las incapacidades laborales: un punto de vista práctico*, Valladolid (Lex Nova), 2002, págs. 31 y ss.

<sup>314</sup> RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S.: “La gestión de la incapacidad: el papel de las Mutuas”, *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, núm. 8, 2007, págs. 56 y ss.

la facultad del INSS de expedir altas médicas, a los exclusivos efectos económicos de la prestación, que precisaban la conformidad, expresa o tácita, de los Servicios de Salud<sup>315</sup>.

2º.- Con posterioridad, se ampliaron considerablemente las prerrogativas de la Entidad encargada del abono de la prestación en detrimento de las que venían ejerciendo tradicionalmente los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas –e, incluso, las MATEPSS--, pues, si bien se mantuvo la duración de la prestación en doce meses, prorrogables por otros seis, cuando se presumiera que durante ellos el trabajador podía ser dado de alta por curación, sin embargo se alteraron las facultades de emisión de bajas, pasando a residenciarse en el INSS a través de los Equipos de Valoración de la Incapacidad (EVI). Tal iniciativa se atribuyó, además, y con un alcance general, de modo que la actuación de la Entidad Gestora no quedaba limitada a los procesos sobre los que tenía responsabilidad directa en el pago, sino que afectaba también a los correspondientes a trabajadores incluidos en el ámbito de aplicación del Régimen Especial del Mar o a aquéllos gestionados por las MATEPSS, y todo ello cualquiera que fuese el origen de la contingencia, común o profesional<sup>316</sup>.

3º.- En el año 2007 se da nueva redacción al apartado 1 del art. 128 LGSS, estableciendo un cauce de verificación más exhaustivo que pasa por varias fases<sup>317</sup>:

A) Una vez superado el período de doce meses (ahora 365 días) en la situación de incapacidad temporal, el INSS es la única entidad competente para poder adoptar las resoluciones siguientes:

- a) acordar la prórroga expresa de la incapacidad temporal con un límite de seis meses más (180 días);
- b) determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente;
- c) emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en el espacio de seis meses (180 días) posterior a una posible alta médica por la misma o similar patología; o
- d) expedir el alta, lo cual ya no va a tener sólo efectos en el ámbito de la prestación económica de la Seguridad Social, sino también en la propia situación laboral, provocando la finalización de la suspensión del contrato de trabajo y, como consecuencia de ello, generando la obligación del trabajador de reanudar su actividad productiva.

B) A partir del día siguiente a aquél en el que la Entidad Gestora competente haya dictado resolución declaratoria de la prórroga o de inicio de un expediente de incapacidad permanente, queda suprimido el régimen de colaboración obligatoria de las empresas en el pago de la prestación. Conviene matizar, empero, que el art. 2 RD 1430/2009 establece unos supuestos especiales en los cuales, a pesar de que el proceso de incapacidad temporal haya

---

<sup>315</sup> GARCÍA NINET, J.I.: “La incapacidad temporal”, en AA.VV. (OJEDA AVILÉS, A., Coord.): *La incapacidad temporal*, cit., págs. 13 y ss.

<sup>316</sup> FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J. y FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R.: *Incumplimientos empresariales en los actos de encuadramiento y responsabilidad de las Mutuas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2007, pág. 37.

<sup>317</sup> CARDENAL CARRO, M.: “De nuevo retocando la regulación de la incapacidad temporal”, en AA.VV (MONEREO PÉREZ, J.L. et alli, Coords.): *La Seguridad Social a la luz de sus reformas pasadas, presentes y futuras*, Granada (Comares), 2008, págs. 823 y ss.

alcanzado los doce meses de duración (365 días), se mantiene el pago por parte de la empresa, bien hasta la extinción de la situación de incapacidad temporal, bien hasta la calificación de la incapacidad permanente, como es el caso de las empresas autorizadas para colaborar voluntariamente en la gestión de aquella y el de las Corporaciones Locales respecto del personal al que vinieran reconociendo y abonando la prestación aquí analizada.

C) Cuando el proceso de incapacidad temporal provenga de contingencia profesional, y su cobertura se hubiera realizado con una MATEPSS, ésta ha de efectuar ante el INSS o ISM, según corresponda, propuesta de actuación en alguno de los sentidos anteriormente señalados, considerándose aceptada por la Entidad Gestora si ésta no manifiesta en contrario su parecer en el plazo de los 5 días naturales siguientes a su recepción<sup>318</sup>.

D) Expedida el alta médica, el interesado puede aquietarse a la misma (desplegando entonces plenos efectos laborales) o, por el contrario, mostrar expresamente su disconformidad, en el plazo máximo e improrrogable de 4 días naturales, ante la Inspección Médica --u órgano equivalente del Servicio Público de Salud--, la cual, a su vez, puede:

a) ratificar, dentro del espacio de los 11 días naturales siguientes a la fecha de la expedición de la resolución inicial de la Entidad Gestora, la decisión de esta última;

b) no emitir, dentro del lapso indicado, pronunciamiento alguno, en cuyo supuesto la resolución de la Entidad Gestora extingue la situación de incapacidad temporal a los efectos laborales y de Seguridad Social;

c) manifestar razonadamente la disconformidad con la actuación del INSS y proponer la modificación de la actuación adoptada, en cuyo caso este organismo, en el plazo de los 7 días naturales siguientes, puede reconsiderar el alta médica inicialmente expedida y reconocer al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos o, por el contrario, confirmar su previa decisión prorrogando la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la resolución definitiva (art. 3 RD 1430/2009)<sup>319</sup>.

Intervienen, por tanto, tres actores<sup>320</sup>: a) el propio trabajador, a quien le corresponde manifestar su oposición ante los Entes encargados de velar por la asistencia sanitaria; b) el sujeto que ha expedido el alta (la Entidad Gestora responsable del pago de la prestación) y contra cuya actuación se formula el incidente de disconformidad; c) la Inspección Médica u órgano equivalente del correspondiente Servicio Autónomo de Salud, en tanto destinataria de la oposición por parte del empleado, y quien deberá manifestar su apoyo, expreso o tácito, o su rechazo a la actuación del INSS. La empresa carece de presencia activa, sin embargo, en este procedimiento pese a su colaboración obligatoria en el ámbito de la incapacidad temporal, más allá de las comunicaciones que se le hayan efectuado respecto del inicio del mismo o de la resolución adoptada. De igual modo, las MATEPSS no ostentan legitimación para impugnar el alta emitida por el INSS.

## 2.2.- El papel de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad

---

<sup>318</sup> SEMPERE NAVARRO, A.V.: *Régimen jurídico de las Mutuas patronales*, Madrid (Civitas), 1986, pág. 206.

<sup>319</sup> FERNÁNDEZ ORRICO, F.J.: “Cinco nuevos aspectos de aplicación en la incapacidad temporal y la enfermedad profesional incorporados por Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre”, *Aranzadi Social*, núm. 16, 2010, págs. 55 y ss.

<sup>320</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2005, págs. 90-91.

Configuradas normativamente como “las asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo que, con tal denominación, se constituyan, sin ánimo de lucro y con sujeción a las normas reglamentarias que se establezcan, por empresarios que asuman al efecto una responsabilidad mancomunada y con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social” (art. 68 LGSS), las MATEPSS, singularmente a partir del año 1994, han ido adquiriendo una presencia importante en la gestión de la incapacidad temporal no sólo por contingencias profesionales, sino también por contingencias comunes<sup>321</sup>.

Quedan equiparadas, por cuanto aquí interesa, con las Entidades Gestoras, si bien con las siguientes limitaciones:

- a) No están facultadas para expedir altas médicas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes;
- b) Tras el transcurso de los doce meses (365 días) del correspondiente proceso de incapacidad temporal, el control médico-administrativo del mismo corresponde en exclusiva al INSS en los términos anteriormente indicados;
- c) Este organismo está facultado para determinar la contingencia de la que deriva la incapacidad temporal aunque la gestión del correspondiente proceso sea competencia de la MATEPSS;
- d) Las Entidades Colaboradoras no pueden adoptar medidas cautelares, entre las que se encuentra la suspensión en el abono de la prestación, cuando haya un incumplimiento por parte del beneficiario de presentar, en los plazos establecidos, las declaraciones, documentos o justificantes de la situación y tampoco pueden sancionar las conductas indebidas o fraudulentas de los perceptores de prestaciones por incapacidad temporal<sup>322</sup>.

Si la enfermedad es de origen profesional, corresponde a la MATEPSS la declaración de la situación de incapacidad temporal y el cese de la misma. En todo caso y de conformidad con el art. 4 RD 1430/2009, las altas que expidan estas Entidades Colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales pueden ser revisadas, a instancias del interesado, ante el INSS, quedando excluidas solamente aquéllas expedidas una vez que la incapacidad temporal haya sobrepasado los doce meses (365 días).

En cambio, la determinación de la alteración de la salud con efecto incapacitante corresponde al facultativo de los servicios públicos mediante la expedición del parte de baja si ésta deriva de enfermedad común; ni la MATEPSS ni el INSS disponen de facultades para determinar el nacimiento de la contingencia desde la órbita sanitaria, quedando escindidas, una vez más, la valoración jurídico-clínica, atribuida a los Servicios Públicos de Salud, y la determinación jurídico-prestacional, que corresponde al INSS o a la MATEPSS si la empresa ha formalizado con ella la cobertura de esta prestación<sup>323</sup>.

---

<sup>321</sup> VIROLÉS PIÑOL, R.M.: “Colaboración de las Mutuas de accidentes de trabajo en la gestión de la incapacidad temporal”, *Actualidad Laboral*, 1997, T. III, págs. 1079 y ss.

<sup>322</sup> LLORENTE ÁLVAREZ, A.: “Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social”, en AA.VV. (HIERRO HIERRO, F.J., Coord.): *Diccionario de la Seguridad Social*, Pamplona (Aranzadi), 2006, págs. 467 y ss.

<sup>323</sup> SEMPERE NAVARRO, A.V.: “Colaboración en la gestión”, en AA.VV. (MONEREO PÉREZ, J.L.; MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M.N., Dirs.): *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Régimen jurídico de la prevención, aseguramiento, gestión y responsabilidad*, Granada (Comares), 2006, pág. 676.

### 3.- Sobre el control de la incapacidad temporal desde el punto de vista sanitario: apunte de deficiencias.

Si algo ha quedado claro en los epígrafes precedentes es que la complejidad del sistema regulador de la situación aquí analizada es consecuencia inmediata de sus incesantes reformas, singularmente significativas en cuanto a la gestión y control de la prestación sobre la cual viene girando una sospecha constante de fraude. Esta dificultad se ve acrecentada en virtud del entrecruzamiento de tres niveles normativos distintos: el de la asistencia sanitaria, el de la situación suspensiva de la relación laboral y el de la prestación económica de Seguridad Social. Tales parámetros no son, sin embargo, igualmente atendidos por el legislador, mostrando una preferencia clara por aquellos aspectos y sujetos tendentes a garantizar que el cobro de su prestación no sea irregular, y relegando a un plano secundario las circunstancias médicas circundantes a la misma<sup>324</sup>.

No otorga el mismo peso, por tanto, a los varios actores que inciden sobre ella, fijando el siguiente orden de importancia:

- a) la Entidad Gestora (INSS o ISM, según el Régimen de Seguridad Social en el cual se encuentre encuadrado el trabajador protegido);
- b) la Entidad Colaboradora (MATEPSS) que puede llevar a cabo la cobertura de esta prestación, siempre y cuando haya mediado una elección en tal sentido por la empresa o por el propio trabajador por cuenta propia; y
- c) los correspondientes organismos sanitarios (Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o el Instituto de Gestión Sanitaria --IGESA--) en tanto el subsidio por incapacidad temporal guarda relación con una pérdida de salud que incapacita al empleado, de forma temporal, para la realización de su trabajo, situación que ocasiona a su vez la pérdida del salario, a cuya sustitución se dirige la correspondiente actuación de la Seguridad Social<sup>325</sup>.

El celo puesto de manifiesto por el ordenamiento jurídico a la hora de pautar la intervención en el desarrollo del proceso por parte de la Entidad Gestora (o --en menor medida-- Colaboradora) quiebra de manera estrepitosa en su esfera médica, olvidando que el instrumento clave sigue siendo el denominado "parte", dotado de singular importancia en las primeras fases, esto es, en la declaración de la situación de incapacidad temporal y en las confirmaciones tempranas de la misma. Esta laguna es singularmente manifiesta si de una enfermedad mental se trata, pues salvo patologías con un elevado componente de identificación externa no resulta precisamente fácil apreciar su concurrencia.

Conviene aclarar que el inicio en la tramitación difiere en función de la contingencia de la cual derive la incapacidad temporal, pero lamentablemente la consecuencia es la misma: la amnesia del legislador sobre la importancia de la *lex artis*, movido por un excesivo interés en poner vetos a la percepción de la prestación pecuniaria<sup>326</sup>.

---

<sup>324</sup> SANTA-MARÍA RUÍZ, M.D.: "Incapacidad temporal. Problemas de control", *Estudios de Derecho Judicial*, núm. 152, 2008, págs. 147 y ss.

<sup>325</sup> TORTUERO PLAZA, J.L.: "Las cuestiones competenciales en la incapacidad temporal: la enésima reforma de 2006", en AA.VV. (MONEREO PÉREZ, J.L. *et alli*, Coords.): *La Seguridad Social a la luz de sus reformas pasadas, presentes y futuras*, Granada (Comares), 2008, págs. 801 y ss.

<sup>326</sup> RIVAS VALLEJO, P.: "Seguridad Social y riesgos psicosociales: su calificación como contingencia profesional", *Cuadernos de Derecho Judicial*, núm. 12, 2004, pág. 279.

1º.- Si es de origen común, el subsidio requiere, para hacerse efectivo, un parte de baja expedido por el médico de atención primaria. Este documento no se puede emitir con efectos retroactivos anteriores al examen del trabajador.

Debe extenderse, además, por cuadruplicado según modelo establecido. El original debe ser enviado a la Inspección de los Servicios Sanitarios u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud. En él deberá constar el diagnóstico, la descripción de las limitaciones funcionales y una previsión acerca de la duración del proceso patológico.

El segundo ejemplar se debe remitir a la Entidad Gestora o MATEPSS, el tercero se entrega al trabajador y el cuarto, sin que conste el diagnóstico, debe presentarse en la empresa. Ésta, tras cumplimentar los datos a ella referidos, lo envía sellado y firmado a la Entidad Gestora o a la MATEPSS en el plazo de 5 días, salvo cuando haya asumido ella misma el pago del subsidio en régimen de colaboración voluntaria<sup>327</sup>.

Llegado el cuarto día, contado desde el inicio de la prestación de incapacidad temporal, el médico de atención primaria expedirá el parte de confirmación, a partir del cual el trabajador comenzará a percibir el subsidio. Sucesivamente, y mientras se mantenga la situación, deberá emitir un parte de confirmación cada 7 días.

Cuando el médico de familia suscriba el tercer parte médico de confirmación (esto es, el décimo octavo día), deberá aportar, al tiempo, un informe complementario recogiendo las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento prescrito, la evolución de la enfermedad y su incidencia sobre la capacidad funcional. Este dictamen debe formalizarse, además, cada cuatro semanas. Por su parte, y con carácter trimestral, la Inspección de Servicios Sanitarios debe expedir un informe médico de control en el cual constarán todos los extremos que justifiquen la necesidad de mantener el proceso, documento a enviar a la Entidad Gestora o a la MATEPSS (arts. 1 y 2 RD 575/1995).

Durante la baja, los Equipos Médicos del INSS podrán citar al trabajador a los reconocimientos que consideren necesarios con el fin de que, alcanzado el duodécimo mes en situación de incapacidad temporal, se disponga de una historia clínico-laboral completa capaz de permitir al EVI efectuar la propuesta más correcta (RD 1300/1995).

Así, cuando se alcance el undécimo mes, el médico evaluador del INSS efectuará, mediante el oportuno reconocimiento del trabajador, un informe de síntesis. Este informe y la documentación clínica obrante en el expediente serán examinados por el EVI, quien efectuará propuesta de Resolución al Director Provincial del INSS en el sentido siguiente: a) reconocimiento de prórroga expresa de incapacidad temporal con señalamiento de la fecha a partir de la cual se pueda efectuar un nueva revisión clínica; b) iniciación de expediente de incapacidad permanente; o c) tramitación de alta médica con plenos efectos<sup>328</sup>.

2º.- Cuando el proceso de incapacidad temporal derive de contingencia profesional, el control sanitario corresponde a la MATEPSS responsable del abono del subsidio. Ésta será competente para emitir los partes de baja, confirmación y alta (arts. 1.4.2 y 1.6 Real Decreto 575/1997). El primer parte de confirmación de la baja se expedirá a los 7 días desde que tuvo lugar aquélla y se sucederán, si fuese menester, igualmente cada 7 días. En el momento en el cual se alcance el duodécimo mes en la duración del proceso de incapacidad temporal, remitirá al INSS la propuesta que considere más adecuada en relación con la continuidad o no del citado proceso<sup>329</sup>.

---

<sup>327</sup> LANTARÓN BARQUÍN, D.: *Asistencia sanitaria: contenido, claves y principios*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2007, págs. 23 y ss.

<sup>328</sup> GRAU PINEDA, M.C.: “Nuevas estrategias preventivas frente a nuevos riesgos psicosociales”, en *Gestión práctica de riesgos laborales: integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, núm. 38, 2007, págs. 18-27.

<sup>329</sup> MOLINA NAVARRETE, C.: “Nuevas dimensiones de la ‘prevención’ y el ‘aseguramiento’ de riesgos profesionales: ‘enfermedades del trabajo’ y ‘riesgos emergentes’”, en AA.VV. (MONEREO PÉREZ, J.L.; MOLINA NAVARRETE, C. y MORENO VIDA, M<sup>a</sup>.N., Dirs.): *Tratado práctico a la legislación reguladora de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, Granada (Comares), 2005, pág. 94.

Sea como fuere, y una vez apuntados los diferentes hitos a seguir en función del origen común o profesional de la causa, no cabe olvidar que buena parte de las patologías sufridas por los trabajadores aquejados de enfermedad mental se atribuyen a contingencias comunes, respondiendo a un trastorno de la personalidad en el cual el componente biológico y el factor social tienen gran incidencia, sin olvidar la impronta hereditaria<sup>330</sup>.

Aun cuando el entorno de trabajo o el desempeño de una actividad concreta pueden convertirse en motivos suficientes para generar el desencadenamiento o fase primigenia de la dolencia, lo cierto es que la dificultad de probar el nexo de causalidad entre la enfermedad mental padecida y el trabajo desarrollado hace declinar su consideración como riesgo profesional<sup>331</sup>. No deja de ser criticable, por tanto, que la extensión de los correspondientes partes de baja (y, posteriormente, de confirmación) exija la constatación de la existencia de un desequilibrio psicológico a cargo de un profesional médico de atención primaria, carente de la formación específica al efecto, más que unas referencias genéricas en un par de asignaturas del plan de estudios de la carrera de medicina o la bondad de los seminarios o cursos en los que, por propia voluntad, hayan querido participar<sup>332</sup>.

Mientras en el resto de enfermedades, el facultativo suele fundamentar sus decisiones en la realización de pruebas diagnósticas concluyentes (TAC, analítica, exploraciones diversas...), capaces de proporcionar parámetros fiables y objetivos, la verdad es que en los trastornos psiquiátricos la exploración es meramente psicopatológica, y aunque con diferentes orientaciones (cognitiva-conductual, lógica, etc.), aparece centrada únicamente en la entrevista clínica, dependiente en gran medida de los datos que el propio paciente exprese.

Las dificultades para efectuar un diagnóstico etiológico correcto son, pues, manifiestas para un profesional médico no experto. En el mejor de los casos --pero sólo en los más graves o de diagnóstico para el cual no se sienta capacitado o esté confuso, a riesgo de colapsar el funcionamiento del sistema--, el médico de atención primaria habrá derivado al paciente para su atención por los servicios/unidades de salud mental existentes en el marco geográfico más próximo, con el fin hacer un seguimiento riguroso del mismo; con todo, hasta ese momento la situación de inseguridad, acompañada de la simple administración de ansiolíticos o antidepresivos, no deja de ser preocupante.

La dificultad de procesar adecuadamente la información sintomatológica que facilita el paciente en orden a diseñar las pautas para afrontar por parte del médico de atención primaria, se ve acompañada, además, de un inconveniente adicional a la hora de determinar con precisión el deterioro funcional inherente a atender a las tareas y responsabilidades ejercidas por el enfermo en su concreto puesto de trabajo<sup>333</sup>.

En fin, en el hipotético e improbable caso de que la enfermedad mental hubiera sido reconocida como de origen laboral, al haberse podido acreditar (partiendo de la presunción *ex art.* 115.3 LGSS) la existencia de una perfecta relación causa-efecto entre la situación profesional y la afección padecida, los problemas de seguimiento y control desde el punto de vista médico no son menores<sup>334</sup>. Ciertamente es que tal calificación presenta indudables ventajas para el afectado, desde el momento en el cual los períodos de carencia, el nivel de protección, la base reguladora de las prestaciones, los porcentajes aplicables sobre la misma y, en su caso, las mejoras voluntarias de la Seguridad Social,

---

<sup>330</sup> COMISIÓN EUROPEA: *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo: ¿la “sal de la vida” o el “beso de la muerte”?*, Luxemburgo (Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas), 2000, pág. 71.

<sup>331</sup> MOLINA NAVARRETE, C.: “Las implicaciones jurídicas de los riesgos profesionales de origen psicosocial: balance y perspectivas en el horizonte 2010”, *Tribuna Social*, núm. 210, 2008, págs. 8 y ss.

<sup>332</sup> LANTARÓN BARQUÍN, D.: *Asistencia sanitaria: contenido, claves y principios*, cit., págs. 33 y ss.

<sup>333</sup> ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

<sup>334</sup> RODRÍGUEZ PÉREZ, M.C.: “Accidente de trabajo y enfermedad profesional: aproximación desde la perspectiva de los riesgos psicosociales, en especial, el acoso laboral”, *Revista Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, núm. 319, 2009, págs. 3 y ss.

otorgan un trato más favorable que si fuera considerada común. No menos cierto resulta, sin embargo, que la MATEPSS, en el supuesto de haber asumido la competencia, tampoco dispone muchas veces de los medios necesarios --y de la capacidad-- para hacer un correcto diagnóstico biopsicosocial a la hora de emitir los partes de baja, confirmación o alta, a no ser en aquellos casos en los que contara con un prestigioso elenco de personal especializado a su servicio<sup>335</sup>.

Desde tal perspectiva, dos tipos de problemas (a los que se volverá a prestar oportuna atención) emergen con radical virulencia:

De un lado, los de infradiagnóstico, condenando a las patologías psíquicas a quedar ocultas bajo el paraguas de enfermedades físicas (cardiovasculares, trastornos músculo-esqueléticos, dolencias del aparato respiratorio, afecciones digestivas, etc.), no en vano muchas veces provocan los mismos o parecidos síntomas, sobre todo cuando los déficit de salud mental acaban casi siempre somatizándose, con el riesgo de que la enfermedad, no detectada por el médico, quede en un estado silente que puede sufrir, en un determinado momento, un súbito viraje a una fase aguda capaz de generar consecuencias perniciosas para el trabajador, como pudiera ser, por citar sólo una estrictamente laboral, un despido, invocando --casi siempre-- la causa prevista en el art. 52.a) ET<sup>336</sup>.

De otro, los de sobrediagnóstico o --para ser más realistas-- "sobreprescripción farmacológica" de ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos cuando el tratamiento no fuera necesario, desoyendo los postulados marcados por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos, y pudiendo desencadenar, a la postre, graves problemas de adicción o resistencia a la medicación.

La falta de preparación de los profesionales sanitarios de atención primaria involucrados en el proceso médico de reconocimiento y extinción de la situación de incapacidad temporal es --permítase la reiteración-- altamente preocupante, debiendo apostar por la intervención de especialistas capaces de elaborar un adecuado historial personal, clínico, laboral y familiar del paciente en aras de conseguir un pronta y sólida recuperación, evitando cualquier tipo de recaídas y episodios futuros, todo ello con el fin de ocasionar el menor gasto posible, tanto sanitario y farmacológico, como productivo y --claro está-- de protección social<sup>337</sup>.

Procede no olvidar --una vez más-- que la baja laboral es una consecuencia administrativa con plenos efectos jurídicos y económicos derivada de una decisión clínica, razón por la cual procede reclamar una mayor presencia de especialistas en Psicología y Psiquiatría, tanto en atención primaria, como al servicio de las Entidades Gestoras y Colaboradoras, no en vano el certero diagnóstico psicopatológico y la mejor evidencia científica son los elementos claves en todo el *iter* relativo a la incapacidad temporal, sin que quepa considerar suficiente el hecho de contar con unas tablas de duraciones medias de los diversos procesos patológicos, así como del grado de incidencia de los mismos sobre las distintas actividades laborales.

En fin --y dando un paso más--, la mejora en el tratamiento y curación de la enfermedad mental de los trabajadores no debe quedar restringida a los medios básicos de atención primaria, sino que, siguiendo lo dispuesto en el art. 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de la Sanidad, ha de ser garantizada a través de los principios de reparación y atención integral, apoyados no sólo en la prescripción de fármacos, sino en la rehabilitación y reinserción social

---

<sup>335</sup> MARTÍNEZ SELVA, J.M.: *Estrés laboral. Guía práctica para empresarios y empleados*, cit., págs. 13 y ss.; LÓPEZ GÓMEZ, C.: "Experiencias empresariales en la gestión de riesgos psicosociales", *Tribuna Social*, núm. 216, 2008, págs. 34 y ss. o DÍAZ DESCALZO, M.C.: "Los riesgos psicosociales en el trabajo: el estrés laboral, el síndrome del quemado y el acoso laboral. Su consideración como accidente de trabajo", *Revista de Derecho Social*, núm. 17, 2002, págs. 183 y ss.

<sup>336</sup> RIVAS VALLEJO, P.: *La prevención de los riesgos laborales de carácter psicosocial*, Granada (Comares), 2009, pág. XIII.

<sup>337</sup> ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

(psicoterapia), buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales<sup>338</sup>. Todo ello no será posible de no reclutar profesionales especializados en Psicopatología, Psicofarmacología y Terapia de Conducta al objeto de emitir los preceptivos partes de altas, de bajas o de confirmación.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 60 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) y el Observatorio de dicho Sistema (art. 63 Ley 16/2003) deben ser conscientes de tal necesidad, máxime cuando la atención a la enfermedad mental forma parte del contenido esencial de la Cartera de Servicios Básicos diseñada por el Estado (Anexo II RD 1030/2006) y ejecutada por todas las Comunidades Autónomas (Andalucía --Ley 2/1998--, Aragón --Ley 6/2002--, Asturias --Ley 1/1992--, Canarias --Ley 11/1994--, Cantabria --Ley 7/2002--, Castilla y León --Ley 1/1993--, Castilla-La Mancha --Ley 8/2000--, Cataluña --Ley 15/1990--, Comunidad Valenciana --Ley 3/2003--, Extremadura --Ley 10/2001--, Galicia --Ley 8/2008--, Islas Baleares --Ley 5/2003--, La Rioja --Ley 2/2002--, Madrid --Ley 12/2001--, Murcia --Ley 4/1994--, Navarra --Ley Foral 10/1999--, País Vasco --Ley 8/1997--).

Particular atención es necesario dispensar, al tiempo, al enfermo mental grave, pues presenta déficits que se proyectan sobre amplias áreas de la vida personal y social, vinculados directamente a disfunciones en materia de autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y --en su consecuencia más inmediata-- comportamiento laboral. Muchas son, por tanto, las demandas de las personas afectas de este tipo de trastornos de gran entidad, tanto en el orden social como en el sanitario, razón por la cual procede abogar a favor de un doble cúmulo de actuaciones: de un lado --y aunque resulte obvio, de nuevo--, articular un sistema eficaz de atención y tratamiento de la patología a través de especialistas; y, de otro, dotar a este segmento de la población de un eficaz elenco de servicios que proporcione ayuda real al colectivo afectado, en la línea marcada por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia. Ambas facetas deben de ir unidas si se desea desarrollar un entramado normativo que "amortigüe" el impacto laboral de este tipo de enfermedades, con el fin de lograr una rápida reconducción y reinserción ocupacional de los enfermos más severos, capaz de superar la estigmatización padecida.

En una primera conclusión, la objetivación de la enfermedad mental, tanto en los casos más graves como en los más livianos, a cargo de profesionales sanitarios cualificados y terapeutas expertos debe pasar, pues, a ocupar un lugar primordial en el diseño de un nuevo régimen jurídico de la incapacidad temporal.

## SEGUNDA PARTE.-

### ELEMENTOS QUE CONFLUYEN PARA UN ADECUADO REDISEÑO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL VINCULADA A LA SALUD MENTAL

Como las páginas precedentes han puesto de manifiesto, el adecuado rediseño del tratamiento de la incapacidad temporal fundada en problemas de salud mental exige tomar en consideración y valorar varias premisas, entre las cuales procede citar (reiterando algunos aspectos adelantados e introduciendo otros nuevos), al menos, las siguientes<sup>339</sup>:

1º.- Si de construir un modelo realista y viable se trata, nunca cabe dejar de lado el tema del precio, que es más elevado en el caso de las enfermedades mentales, en buena parte merced al coste farmacéutico (el gasto en

---

<sup>338</sup> ABAT DINARES, J.: "La tutela administrativa del trabajador ante los riesgos psicosociales", en AA.VV. (AGUSTÍ JULIÁ, J., Dir.): *Riesgos psicosociales y su incidencia en las relaciones laborales y de Seguridad Social*, Madrid (CGPJ), 2005, pág. 85.

<sup>339</sup>. ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

psicofármacos representa el 3% del PIB). Por tanto, cualquier innovación ha de tomar en consideración la tríada coste-eficiencia, coste-eficacia y coste-efectividad.

La valoración económica no puede seguir centrada en las bajas laborales, pues es una visión reduccionista; debe abrirse a conceptos diversos y concurrentes. Entre otros factores, y combinando los gastos tanto comunitarios como empresariales, es menester incluir los siguientes sumandos: prestaciones sociales, desembolsos médicos y farmacológicos, suspensión de contratos, así como pérdida o deterioro de material, sustitución y formación de trabajadores, absentismo, descenso del rendimiento, malestar e insatisfacción laboral, somatizaciones, días de trabajo reducidos (vinculados, por ejemplo, con ausencias para consultas médicas), contestación social, pérdida de imagen empresarial, deterioro del capital humano, exigencia de responsabilidades (incluidas sanciones, indemnizaciones y costas de tramitación judicial, en su caso) y un largo etcétera sencillo de completar.

2º.- No puede negarse la íntima relación entre lo físico y lo psíquico, tanto por la somatización de problemas mentales, como por los efectos que en la psique pueden tener dolencias corporales (baste aludir al estrés postraumático). Las más autorizadas opiniones rechazan la posibilidad de efectuar una separación tajante, abogando por un tratamiento integral donde ambos frentes sean objeto de atención; así se expresó en el año 2008 (con motivo del lanzamiento del Día Mundial de la Salud) la Dra. Margaret Chan (Directora General de la Organización Mundial de la Salud): “por siglos las enfermedades de la mente han sido tratadas como un problema social, separado de cualquier problema de salud física. Pero ahora la mayoría concuerda en que los trastornos de la salud mental no suceden en forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas médicos y las circunstancias de la vida de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo sino a la totalidad del organismo, y cada una tiene un efecto sobre las otras. Parece obvio que el tratamiento integral de la salud de la persona alcanzaría efectos más positivos y aumentaría el potencial de recuperación y productividad”.

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales tal integración es ya un hecho (al menos en el plano teórico), dada la definición de riesgo y de daño incorporada al art. 4 Ley 31/1995, de 8 de noviembre (LPRL): posibilidad de que un trabajador sufra enfermedades, patologías o lesiones, de la índole que sea, con motivo u ocasión del trabajo<sup>340</sup>.

Sin embargo, en el marco de la tutela reparadora, la necesidad de mayor tiempo para efectuar una evaluación psicológica (en comparación con la física), y la superior dificultad de su diagnóstico, provoca que, a menudo, el médico de atención primaria se quede en lo biológico y/o orgánico, obviando lo psíquico o conformándose, respecto al mismo, con un tratamiento farmacológico (en demasiadas ocasiones innecesario y capaz de provocar importantes efectos secundarios o de agravar problemas, nada extraños, de consumo previo de sustancias) y la oportuna remisión al especialista.

Como paradigmático ejemplo de comorbilidad, merecen una consideración específica el alcoholismo y/o la toxicomanía, en tanto operan como desencadenantes de problemas de salud mental o de conducta, pero también, y desde la perspectiva contraria, como resultado de su padecimiento<sup>341</sup>.

3º.- La tendencia a diversificar el origen de las dolencias mentales, situándolo, bien en el trabajo (contingencia profesional), bien en la vida personal, familiar y social (contingencia común), con la consiguiente disparidad en el tratamiento otorgado por la protección social a las bajas, olvida cómo, muy a menudo, la separación absoluta resulta

---

<sup>340</sup> Entre muchos, VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, cit., pág. 61; LUELMO MILLÁN, M.A.: “Acoso moral o *mobbing*. Nuevas perspectivas sobre el tratamiento jurídico de un tema intemporal de actualidad”, *REDT*, núm. 115, 2003, pág. 14 o, por extenso, MARTÍNEZ BARROSO, M<sup>a</sup>.R.: *El riesgo psicosocial en el sistema de protección social*, Murcia (Laborum), 2007.

<sup>341</sup> NORMAND, J.; LEMPET, R.D. y O'BRIEN, C.P.: *Under the influence; drugs and the american work force*, Washington (National Academy Press), 1994, págs. 33 y ss.

inexacta: el malestar procedente de la actividad profesional se traslada al hogar y otros contextos de actuación humana, deteriorando las relaciones intersubjetivas y empeorando la dolencia; al tiempo, el trabajo, pese a su enorme potencial terapéutico (que, cuando proceda, debe ser aprovechado en la fase de rehabilitación del enfermo), también puede ser ámbito propicio para el recrudecimiento de patologías inicialmente desvinculadas de tal espacio<sup>342</sup>.

También en este punto, la faceta preventiva ha tomado la delantera, pues, conforme han recordado los Tribunales, se extiende a la protección de la salud en sentido amplio, incluyendo la prevención de los riesgos profesionales derivados de las dolencias comunes que el trabajador padezca, pues, en definitiva, los agravamientos que eventualmente sufra por mor de la prestación de servicios se producirán con motivo u ocasión del trabajo, entrando, en consecuencia, en el marco de la definición incorporada al art. 4 LPRL. Sin duda, esta cocausalidad también debe ser oportunamente valorada llegado el momento de ofrecer respuesta frente a males ya actualizados, pues resulta esencial en el propio proceso patológico y, por tanto, en su adecuada comprensión y afrontamiento<sup>343</sup>.

4º.- No existen seres humanos libres del riesgo de sufrir un trastorno psíquico, pues éste se presenta con independencia de la edad, el sexo, el estado civil, la religión, la profesión u oficio, la educación, el lugar de residencia y la raza. No obstante, debe tomarse en consideración la innegable incidencia de los factores personales concurrentes en el propio individuo a la hora de hacerlo más proclive a desarrollar una u otra dolencia<sup>344</sup>.

Entre otros elementos, debe atenderse al tipo de personalidad, sexo, edad, estado de salud, discapacidad, formación, ocupación, condiciones laborales, situación de irregularidad (caso de inmigrantes ilegales), desempleo o falta de ocupación, hecho de ser estudiante, etc.

Por cuanto hace al género, en concreto, cabe indicar que las patologías vinculadas al consumo de drogas, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, e incluso los desajustes de la personalidad, presentan un perfil mayoritariamente masculino; en cambio, la depresión y los trastornos de ansiedad y adaptación ofrecen un trazo claramente femenino. Respecto a la edad, se confirma, por ejemplo, una superior prolongación de la incapacidad temporal a medida que aquella aumenta (de hecho, en las franjas más altas cabe apreciar una mayor incidencia de las bajas de larga duración).

En fin, y por no seguir, desde el punto de vista de la ocupación, se constata cómo los grupos más frecuentes entre los pacientes en incapacidad temporal por perturbación mental son trabajadores no cualificados o personal del sector de hostelería, servicios y comercios y empleados de oficinas; ahora bien, en el calificación de sintomatología depresiva asociada al factor laboral prevalecen empleados cualificados, tales como directivos, técnicos científicos-intelectuales y empleados administrativos.

Con todo, ello tampoco justifica, sin más, la instauración de procedimientos diferentes en orden al acceso a las bajas o las prestaciones; simplemente cuenta con un innegable potencial diagnóstico a la hora de valorar las predisposiciones, pero también en lo referente a estudios epidemiológicos o en el diseño de medidas preventivas.

5º.- En íntima conexión con lo apuntado en el apartado anterior, es preciso recordar cómo estudios anteriores en el tiempo ponen de manifiesto lo interesantes que pueden ser los datos proporcionados por los mapas epidemiológicos. Por ello, conviene elaborar diagnósticos territoriales de salud mental, a fin de dar prioridad a las necesidades de intervención preventiva detectadas y facilitar al médico la identificación del problema presentado en su consulta, favoreciendo la toma de decisiones correctas respecto a la necesidad o no de baja laboral, al tratamiento adecuado y a las subsiguientes o concluyentes situaciones en presencia.

---

<sup>342</sup> OCDE: *Perspectivas de empleo 2008*, Madrid (MTI), 2008, pág. 208.

<sup>343</sup> STSJ Castilla y León/Valladolid 3 enero 2001 (AS 1213).

<sup>344</sup> VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, M.: *Impacto laboral del estrés*, cit., pág. 12.

6º.- Es necesario atender como conviene a colectivos tradicionalmente olvidados; a saber, y por citar algunos: trabajadores autónomos, empleados domésticos o quienes prestan su esfuerzo productivo para empresas de economía social.

7º.- Para optimizar resultados parece ineludible alinear las actuaciones reparacionistas (prestaciones, tratamiento, rehabilitación) con las pautas propias de la prevención, a fin de diseñar un sistema eminentemente proactivo, fundado en la definición de salud vertida por la Organización Mundial de la Salud (estado de bienestar físico, psíquico y social completo, no sólo ausencia de enfermedad). Esta intervención ha de plantearse, fundamentalmente en dos ámbitos:

Por una parte, toda intervención normativa para optimizar el tratamiento de la salud mental en el marco de la Seguridad Social ha de convivir, si pretende lograr resultados idóneos, con actuaciones *ex ante*, fomentadas por los poderes públicos. Cabe pensar, por ejemplo, en actividades informativas y educativas (incluidos los distintos niveles de enseñanza) orientadas a toda la ciudadanía o enfocadas en atención a los grupos de riesgo, a fin de mejorar la formación, ayudar a la construcción de valores, proporcionar pautas para la resolución de conflictos y el fortalecimiento de vínculos afectivos, promocionar la igualdad de género, adiestrar en el manejo de la afectividad y la sexualidad, etc. Téngase presente que la instauración de una auténtica cultura preventiva se alza como objetivo de primer orden en la LPRL, situada al servicio de la satisfacción de importantes preceptos constitucionales<sup>345</sup>.

Por otra, las actuaciones desplegadas por las diversas Administraciones implicadas deben convivir con las concretas obligaciones que a este respecto imponen la LPRL y sus normas de desarrollo a los empresarios, otorgando el enfoque uniforme ya adelantado, al no discriminar lo físico de lo psíquico y atender tanto a enfermedades o trastornos surgidos con motivo u ocasión del trabajo, como a aquéllos en los cuales el ejercicio profesional actúa como mero factor agravante. En este ámbito, conviene no olvidar el deber de seguridad asumido por el titular de la organización productiva (consagrado en el art. 14 LPRL y desgranado en innumerables manifestaciones concretas), que le obliga a establecer medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria<sup>346</sup>, orientadas tanto a la adaptación de la organización a las necesidades psicológicas de los trabajadores que la integran (sirviéndose, por ejemplo, de los modelos demanda-control-apoyo social y/o esfuerzo-recompensa), como a su adiestramiento en el manejo del estrés y los conflictos y al establecimiento de instancias para atender como conviene las patologías ya desarrolladas, incluida no sólo la respuesta terapéutica, sino también, y en su caso, el tratamiento del empleado como trabajador especialmente sensible a los efectos de aplicar el art. 25 LPRL<sup>347</sup>.

8º.- Respecto a la diagnosis y tratamiento actual, se detectan algunas disfunciones, entre las que cabría aludir a las siguientes:

A.- Las personas necesitadas de atención psiquiátrica demoran la petición de ayuda debido al tabú de la "locura" y el miedo a la estigmatización social; precisamente por ello, el sujeto se siente más cómodo cuando expresa síntomas corporales, frente a los cuales, por cierto, también los facultativos se muestran más receptivos.

Esta tardanza, junto con el dilatado período que transcurre desde la consulta con el médico de familia y el especialista, provoca la pérdida de la oportunidad de una intervención temprana altamente terapéutica e imprescindible para

---

<sup>345</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, Murcia (Laborum), 2004, págs. 11 y ss.

<sup>346</sup> AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO: *Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo*, Luxemburgo (Diario de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas), 2003, pág. 10 y *Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral en la práctica*, Luxemburgo (Diario de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas), 2003, págs. 7-8.

<sup>347</sup> AGRA VIFORCOS, B.: "La tutela de los trabajadores especialmente sensibles a los riesgos en el desarrollo de su relación laboral", *Pecunia*, núm. 7, 2008, págs. 1 y ss.

prevenir trastornos más debilitantes; además, puede traer aparejada una indeseable prolongación de la baja y del tratamiento puramente medicamentoso.

B.- Se conjugan, en aviesa combinación, los “falsos positivos” (achacando a problemas mentales dolencias físicas cuya causa no ha sido convenientemente analizada o, habiéndolo sido, no ha podido localizarse) con los supuestos de infradiagnóstico (por la apuntada tendencia a centrarse en lo puramente corpóreo, que trae como consecuencia, por ejemplo, la invisibilidad de, al menos, la mitad de las depresiones). Consecuencia de lo primero es la posible generación de malestar y patologías desencadenadas por el error de diagnosis; lo segundo, por su parte, puede, además de agravar el problema por la falta de atención, provocar el efecto de sentirse “doblemente mal”, pues a la dolencia previa viene a añadirse la desatención percibida.

En concreto, la morbilidad psiquiátrica no detectada o mal diagnosticada entre pacientes de atención primaria trae como consecuencia una investigación superflua (y cara), medicamentos innecesarios, derivación inapropiada a instancias especializadas, visitas reiteradas y excusadas a instalaciones clínicas o, por no seguir, continuidad del sufrimiento y del impacto negativo en el funcionamiento personal y social. Todo ello repercutirá, sin duda, en un descenso de la productividad y el rendimiento o, en su caso, en un alargamiento de la situación de incapacidad temporal.

C.- La diversidad polisémica a la hora de identificar trastornos psiquiátricos puede provocar que, frente a similar “percepción sintomática del cuadro”, confluyan diferentes etiquetas diagnósticas debido al “enmarañamiento” o “solapamiento” sintomatológico. Sirva un ejemplo: un alto porcentaje de presuntas depresiones no son realmente episodios depresivos sino trastornos adaptativos o mixtos ansioso-depresivos. Ello, sin duda, repercute en una infra o sobreestimación de algunos de ellos y en su posible derivación y/o abordaje terapéutico.

D.- Ante la realidad o presunción de existencia de trastorno mental, los médicos de atención primaria a menudo, y según ya se indicó, se quedan en remedios puramente farmacológicos (a veces innecesarios), obviando las virtudes del tratamiento biopsicosocial, cuyo empleo se ve dificultado no sólo por la falta de tiempo, sino también, a menudo, por la ausencia de cualificación bastante.

E.- Por el motivo anterior, suele suceder que no se dé respuesta a largo plazo y que no se sigan los tratamientos de consolidación y mantenimiento, con la consecuencia de recaídas y depresiones resistentes, causa de incapacidades permanentes escasamente analizadas pero ya refrendadas, en varias ocasiones, por los Tribunales.

F.- Es imprescindible facilitar el acceso temprano a la psicoterapia, menos costosa que la medicación; no puede olvidarse que el uso de psicofármacos no guarda una relación directamente proporcional con la reducción de incapacidades temporales, tal y como confirman las cifras cuando se observa cómo el incremento en el consumo de aquéllos no ha impedido que siga aumentando el número de bajas.

G.- El necesario control en el uso de psicofármacos, frente al abuso en su prescripción (que ha llevado a medicalizar los problemas sociales), debe encontrar el necesario equilibrio con su contrario: la necesidad de facilitar el acceso a los mismos en caso de ser inapelable su empleo. En otras palabras, debe garantizarse la disponibilidad de terapia farmacológica esencial para los usuarios que realmente la precisen.

H.- La necesidad de un tratamiento integral reclama atender globalmente a tres frentes íntimamente interconexiónados: en primer lugar, la curación; en segundo término, los cuidados mientras se produce el restablecimiento de la salud; en fin, las revisiones. Frente a ello, la realidad muestra cómo, a menudo, los diagnosticados y tratados no reciben las dosis y el tiempo de tratamiento suficiente.

9º.- Debe plantearse la conveniencia de revisar los programas de formación (incluidos los planes, seminarios y cursos de actualización y reciclaje), no sólo de psiquiatras y de médicos generales, sino también de otros profesionales

implicados en la estructura sanitaria y de Seguridad Social. Por cuanto hace a los facultativos, también es menester hacer frente a la valoración negativa que ellos mismos manifiestan respecto a los aspectos ajenos a lo biológico y orgánico, llegando, en ocasiones, a despreciar la especialidad vinculada con dolencias psíquicas.

Como prioridad, es preciso que el médico de atención primaria reciba formación en tratamiento inicial psicofarmacológico y psicoterapéutico respecto a los principales problemas psicosociales y psiquiátricos que suelen presentarse en sus consultas. El camino pasa por la instauración de Programas de Capacitación Psiquiátrica y de Terapia de Conducta, acompañado de la incorporación de especialistas.

10º.- La urgencias psiquiátricas (episodio psicótico agudo, ataque de nervios o ansiedad, planes o intentos suicidas...) reclaman una respuesta específica y singular, pues cuando se produce una crisis, la primera intervención resulta esencial: estas patologías demandan una acción terapéutica rápida, a fin de impedir la evolución de la dolencia hacia un desorden grave, una enfermedad seria, una cronicación o, en casos extremos, la muerte.

11º.- Los ámbitos público y privado pueden coadyuvar a la consecución de los objetivos; por ello, debería plantearse la posible alternativa o complemento al sistema público dada por las MATEPSS y por los servicios de prevención (a estos últimos no se les permite, en la legislación vigente, la tramitación de altas y bajas; las primeras pueden con restricciones).

No se olviden, a este respecto, las demoras en la búsqueda de ayuda (por minusvalorar el propio sufrimiento o por temor al estigma de la comunidad), que provocan un espacio "gris" entre el inicio de la dolencia y su diagnóstico y tratamiento durante el cual pueden o no haberse producido situaciones de baja laboral, pero en el que se confirma falta de relajación, fatiga, ansiedad, inquietud, alteraciones del sueño, irritabilidad, tensión muscular, etc. Anomalías todas ellas que, sin duda, repercutirán en la productividad (días de trabajo reducidos o pérdida de rendimiento) y, por ende, pueden ser más fácilmente localizables, aun cuando el trabajador no demande su apoyo, por los profesionales de la prevención que actúen en la empresa, máxime teniendo en cuenta la tendencia del empresariado español a exteriorizar la prevención, dejándola en manos de servicios de prevención obligatoriamente dotados de personal cualificado en la especialidad de Ergonomía y Psicología aplicada --art. 18.2 a) RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)--. La vigilancia de la salud contemplada en el art. 22 LPRL constituye en este sentido un instrumento fundamental para detectar los problemas en los momentos incipientes, permitiendo actuar tempranamente y reducir la gravedad y prolongación del problema.

Una vez más, la adecuada coordinación de actividades en el plano preventivo y el reparador, y la debida comunicación entre las instancias encargadas de unas y de otras, debe ser apuntada como orientación a seguir. El camino ya está abierto, no en vano el tenor de los arts. 38 y 39 RD 39/1997, expresamente sientan<sup>348</sup>:

"Art. 38. Colaboración con el sistema Nacional de Salud.

1. De acuerdo con lo establecido en el art. 10 LPRL, y art. 21 Ley 14/1986, General de Sanidad, el servicio de prevención colaborará con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia sanitaria especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y con las Administraciones sanitarias competentes en la actividad de salud laboral que se planifique, siendo las unidades responsables de salud pública del área de salud, que define la Ley General de Sanidad, las competentes para la coordinación entre los servicios de prevención que actúen en ese área y el sistema sanitario. Esta coordinación será desarrollada por las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus competencias.

---

<sup>348</sup> FERNÁNDEZ MARCOS, L.: *Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y normativa complementaria*, Madrid (Dykinson), 2001, pág. 38.

2. El servicio de prevención colaborará en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las Administraciones públicas competentes en materia sanitaria”.

“Art. 39. Información sanitaria.

1. El servicio de prevención colaborará con las autoridades sanitarias para proveer el sistema de información sanitaria en salud laboral. El conjunto mínimo de datos de dicho sistema de información será establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo con los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán desarrollar el citado sistema de información sanitaria.

2. El personal sanitario del servicio de prevención realizará la vigilancia epidemiológica, efectuando las acciones necesarias para el mantenimiento del sistema de información sanitaria en salud laboral en su ámbito de actuación.

3. De efectuarse tratamiento automatizado de salud u otro tipo de datos personales, deberá hacerse conforme a la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre [hoy Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre]<sup>349</sup>.

12º.- Como posibles pautas de actuación, es menester analizar los precedentes dados por el Derecho comparado, entre los que cabe aludir, en especial, al modelo inglés, donde se ha instaurado un tratamiento multidisciplinar del que participan psicólogos, psiquiatras, centros..., bajo el convencimiento (demostrado por los hechos) de que el ahorro en medicamentos y el aumento del rendimiento y el bienestar compensa el incremento en los gastos causados por la concurrencia de especialistas.

13º.- La implicación de nuevos ámbitos de diagnóstico y de profesionales variados no debe percibirse de forma negativa por la reducción de competencias que pueda traer aparejada, sino positivamente, en tanto que sirve para sumar estímulos, esfuerzos y conocimientos, aprehendiendo en su integridad el problema de la salud mental y sus implicaciones personales, profesionales y socioeconómicas.

14º.- Es preciso subsanar el desconocimiento de los específicos problemas presentes en la medicina rural, donde resulta ilusorio plantear la creación de equipos multidisciplinarios. En este sentido, no puede despreciarse el potencial proporcionado por la tecnología moderna. La propia Organización Mundial de la Salud aboga por servirse de métodos asistidos por computadoras para ampliar los recursos humanos disponibles en el área de salud y bienestar social; en concreto, se cita la GMHAT/PC como herramienta de evaluación clínica computerizada que evalúa e identifica problemas de salud mental en la atención de salud primaria y general; el programa comienza con unas instrucciones básicas sobre su uso y sobre cómo clasificar la sintomatología, a partir de lo cual sigue una secuencia de pantallas donde se realizan una serie de preguntas que conducen a una evaluación exhaustiva y rápida del estado mental.

15º.- A modo de colofón (resumiendo algunos de los aspectos previamente puestos de manifiesto y apuntando otros de interés), se recogen una serie de pautas expresamente respaldadas por la citada Organización internacional: las políticas y planes deben incorporar la atención primaria de la salud mental, el cambio de actitudes y de conductas requiere asesoramiento y participación, resulta preciso formar trabajadores en atención primaria, las tareas en tal ámbito deben ser limitadas y realizables, es menester disponer de profesionales e instalaciones especializados en salud mental para apoyar aquella atención básica, los pacientes que lo necesiten deben tener acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales lo antes posible, deviene esencial contar con un coordinador de servicios de salud mental, se requiere la colaboración con otros sectores ajenos al ámbito sanitario (también organizaciones no gubernamentales, voluntarios...) o, por no seguir, y fundamental, se necesitan más recursos financieros y humanos, como inversión

---

<sup>349</sup> MERCADER UGUINA, J.R.: “El Reglamento de los Servicios de Prevención: crónica de una norma largamente esperada”, *Relaciones Laborales*, núm. 8, 1997, págs. 94-95.

primera cuya amortización social es patente, pero también la económica medida en menos días de baja y evidente mejora en el rendimiento.

### TERCERA PARTE.-

#### A MODO DE PROPUESTA DE UNA REFORMA EN LA GESTION SANITARIA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

El convulso panorama legislativo descrito en el Capítulo I del ensayo ha provocado, poco a poco, paso a paso, un cambio fundamental en la gestión de la incapacidad temporal: el tradicional “reparto de papeles” entre el área sanitaria (encargada de certificar la incapacidad del empleado para realizar su trabajo a causa de su estado de salud o, al contrario, la recuperación de dicha aptitud) y la de gestión económica (la cual comprueba el cumplimiento de los demás requisitos para el acceso a la prestación económica, reconoce la misma, procede a su abono y efectúa controles en la evolución de aquélla) ha conocido una progresiva retirada de las funciones de los entes sanitarios (que concretan su actuación en la verificación del estado de salud del empleado) y una mayor presencia de los responsables del reconocimiento y pago de la prestación, quienes, además de las funciones que habían venido llevando a cabo, incorporan otras relativas a la certificación de si el estado de salud del afectado (cualquiera que sea éste) incide en la capacidad laboral; nuevos cometidos instrumentados a través de los Servicios Médicos creados en su seno, los cuales han incidido especialmente en la fase de la finalización del proceso, a través de la expedición de los correspondientes propuestas e iniciativas de alta o, más tardíamente, en las propias altas.

En este *iter*, al parecer imparable (y que momentáneamente culmina por RD 1430/2009, de 11 de septiembre, y la Ley de Presupuestos para el ejercicio 2010), prima, sobre todo, el control y racionalidad del gasto, evitando la concesión indebida o el alargamiento innecesario de esta prestación. Aparece relegado, empero –y como ya consta--, el aspecto sanitario, situado en una correcta diagnosis y un adecuado seguimiento terapéutico, como factores que podrían coadyuvar notablemente a igual fin<sup>350</sup>.

Por tal motivo, y descendiendo del plano general al específico que ocupa este ensayo, cuando los estudios científicos demuestran --como lo hacen-- que el control, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental en relación con la incapacidad temporal presentan numerosos aspectos insatisfactorios, a traducir en importantes costes económicos (para la Administración y la empresa) y sociales (deficiente atención al paciente), parece clara la necesidad de una enésima “vuelta de tuerca” y advertir, otra vez más, sobre la necesidad de un enfoque interdisciplinar en este punto, que supere perspectivas claramente economicistas, para abrirse a valorar los derechos fundamentales en presencia y la adecuada respuesta no sólo médica primaria, sino también de otros profesionales de la salud (Psicólogos y Psiquiatras) con amplios conocimientos en este campo, evitando cooperaciones que en la actualidad sólo obedecen a la buena voluntad, el azar o una pauta burocrática ordenada a otros fines a estos efectos espurios.

Indudablemente, este propósito obligará a una nueva reforma legal sin la cortedad de miras de un solo --casi exclusivo-- propósito, atento al gravísimo problema de los “falsos positivos” (las bajas de quienes utilizan la enfermedad mental para acceder a las prestaciones del sistema público), pero también a cuantos sufren infra o supradiagnósticos, a un adecuado tratamiento de quienes acreditan una enfermedad psíquica (y sus concurrencias con la comorbilidad o co-ocurrencia física y psíquica), al abuso de medicamentos, a la deficiente atención a los procesos patológicos en curso por mor de la falta de preparación de quienes han de seguirlos en sus primeras fases y las largas esperas para obtener un tratamiento especializado, a la ignorancia de distimias, recaídas o recurrencias, a la

---

<sup>350</sup> AGRA VIFORCOS, B.; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, R. y TASCÓN LÓPEZ, R.: *La respuesta jurídico-laboral frente al acoso moral en el trabajo*, cit., págs. 111 y ss.

ausencia de programas eficaces de prevención...; en definitiva, al déficit de cuanto quedó incluido en la Cartera de Servicios sanitarios como una actuación integral o biopsicosocial que nunca se ha materializado en el segundo integrante de la palabra compuesta, centrada en el plano legal y práctico sobre el aspecto físico y organicista, minusvalorando --lamentablemente-- el psíquico<sup>351</sup>.

Intentar un cambio de tal calado supondrá virar en redondo, atreviéndose a emular experiencias de Derecho comparado (con el significativo ejemplo proporcionado por los Programas británicos de Atención Psicoterapéutica a la Ansiedad y Depresión en los Centros de Atención Primaria) o propuestas de distintas organizaciones, que no parten únicamente de grupos de interés (conforme ocurre con la conocida que tiene su fundamento en los Psiquiatras), sino de la propia Organización Mundial de la Salud. Al tiempo, una profunda modificación normativa, no sólo --aun cuando sí fundamentalmente-- relativa a la Seguridad Social, sino también a otras regulaciones estatales [Ley General de Sanidad, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud o RR.DD. 83/1993, 63/1995 y 1030/2006] y autonómicas (de ordenación sanitaria en los distintos ámbitos territoriales, con especial atención a la cuestión relativa a la salud mental), donde las implicaciones psicosociales aparecen claramente marginadas (apenas menciones generales) frente a las patologías de origen orgánico.

Sobre el plan propuesto, los cambios o reformas normativas habrían de abordar los siguientes aspectos de interés:

1º.- Necesidad de superar la distinción entre contingencias de naturaleza profesional y común cuando de salud mental se trata, en tanto --como ya se apuntó-- viene construida sobre un esquema o patrón que responde, en su concepción y desarrollo, a problemas de salud solo física; y ello por dos razones fundamentales: en primer lugar, las evidentes dificultades para discernir su origen, el trabajo o la vida particular, cuando en muchos supuestos --la mayoría-- ambos confluyen en la aparición de las patologías ahora específicamente analizadas; en segundo término, y derivada de la anterior, la palmaria interconexión de los traumas físicos y psíquicos (los unos pueden llevar fácilmente a los otros, y viceversa) haría que la catalogación jurídica a partir de cualquiera de ellos, considerándolo como determinante último --y de continuo se suele prestar atención casi exclusiva a los primeros en detrimento de los segundos-- "arrastrará" tal calificación al otro, sin dispensar atención a las singularidades que éste pudiera presentar. Situación hartamente grave cuando, por ejemplo, a un accidente no laboral (contingencia primaria) acompañan o subsiguen secuelas psicológicas provocadas por el trabajo<sup>352</sup>.

Bajo la perspectiva dada se pierden dos nortes: la co-causa en la generación y la comorbilidad o co-ocurrencia en el desarrollo, desperdiciando la oportunidad de valorar en su raíz o evolución manifiestos --y reiterados-- ejemplos de imbricaciones multifactoriales por mor de una visión abiertamente reduccionista, centrada en lo físico y minusvalorando lo psíquico<sup>353</sup>.

2º.- Oportunidad de seguir explorando, con mayor intensidad, nuevas vías a la acción preventiva en la empresa, y no tanto la realizada con recursos internos del propio empleador (cada vez más restringida, incluso a nivel legal), sino por los servicios de prevención (ya estrictamente tales, ya --y mayoritarios-- "filializados" a una MATEPSS). No se trata tanto de detectar, evaluar y planificar --aunque también--, cuanto de cumplir efectivamente<sup>354</sup>.

---

<sup>351</sup>. ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

<sup>352</sup> CORDERO SAAVEDRA, L.: "El acoso moral u hostigamiento psicológico en el trabajo. Un problema laboral con incipiente respuesta jurídica", *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 101, 2002, pág. 242.

<sup>353</sup> ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España..

<sup>354</sup> RODRÍGUEZ-PIÑERO Y BRAVO-FERRER, M.: "Las enfermedades del trabajo", *Relaciones Laborales*, T. II, 1995, pág. 22.

Si tales premisas se desconocen en gran medida respecto de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la cuestión alcanza superior punto de gravedad en las denominadas enfermedades “de trabajo” y comunes, entre ellas las mentales. Cuando no ignoradas de manera palmaria, a pesar de la equiparación legal de las primeras a los accidentes de trabajo (en cuanto, desde un punto de vista clínico, supone, además, olvidar elementos fundamentales y singulares para cualquier diagnóstico), se acude a fórmulas casi rituales para afrontarlas (cabe comprobar fácilmente la existencia de formularios --publicados sin mayor recato-- sobre cómo cubrir formalmente este apartado en los documentos a presentar ante la Administración), sin otra preocupación hasta que la enfermedad aflora<sup>355</sup>.

En verdad, el interés social por el *mobbing*, el síndrome de *burn-out* o el acoso sexual (en selección paradigmática) ha dado pie, a partir de una ingente literatura científica y cientos de pronunciamientos judiciales, a una mayor preocupación (tampoco excesiva, y en modo alguno la óptima) por tales riesgos a nivel empresarial; en cambio, la salud mental en sí misma sigue huérfana, con carácter general, de una actuación realmente operativa y eficaz, a salvo incipientes --y en aumento-- muestras de aplicación judicial de las pautas marcadas por el art. 25 LPRL.

Este ámbito y momento serían, sin embargo, los más adecuados para evitar que aparezcan tales afecciones, previniendo tanto las subsiguientes bajas por incapacidad temporal como también (para evitar una visión mayoritaria, pero abiertamente sesgada) los días de trabajo reducido; en todo caso, otorgando una atención profiláctica en la línea de garantizar la salud integral. Además, y tomando en consideración lo antes expuesto sobre el origen y presentación de las enfermedades mentales, y aun cuando resulte una constante en las publicaciones de los especialistas la tesis de conformidad con la cual --y según también establece la Ley-- deben primar las medidas colectivas sobre las individuales, las diversas Notas Técnicas de Prevención del INSHT, encargadas de trazar los “protocolos” a seguir respecto a algunas causas de riesgo mental, alertan sobre cómo no cabe ignorar tampoco el componente personal (y, por tanto, ajeno, en principio, al empleo) que puede suponer una mayor predisposición, si puesto en relación la concreta actividad desempeñada, a la actualización de aquéllas<sup>356</sup>.

Pero no únicamente antes de la incapacidad temporal deben desempeñar un papel fundamental, sino también después de su declaración, en su seguimiento a través de una adecuada rehabilitación, la cual debe extenderse a garantizar que a un correcto tratamiento inicial o en su fase aguda, se acompañen en paralelo los de mantenimiento y consolidación, si fuera menester.

Lógicamente ello supone un cambio fundamental en la actual normativa, pues la Ley no contempla expresamente esta perspectiva preventiva en sus arts. 30 a 32. Ni en su versión original, ni con la reforma de la Ley 54/2003 o el RD 604/2006, fue tenida especialmente en cuenta, aun cuando el art. 31.4 LPRL exija que los servicios de prevención tengan carácter “interdisciplinario” y el RSP haga mención explícita, como una de las cuatro especialidades a integrar, a la Ergonomía y Psicología Aplicada; tampoco es suficiente que los Anexos relativos al contenido mínimo del programa de formación para el desempeño, respectivamente, de funciones de nivel básico, intermedio y superior incluya claras referencias a la materia: el Anexo IV a la “carga de trabajo, la fatiga y la insatisfacción laboral”; el anexo V a “carga de trabajo y fatiga. Ergonomía” y “factores psicosociales y organizativos: análisis y evaluación general”; o, en fin, el Anexo VI a “carga mental de trabajo”, “factores de naturaleza psicosocial”, “estructura de la organización”,

---

<sup>355</sup> MARTÍN CHAPARRO, M.P.; VERA MARTÍNEZ, J.J.; CANO LOZANO, M<sup>a</sup> C. y MOLINA NAVARRETE, C.: “Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al ‘burnout’ en clave psicosocial”, *Temas Laborales*, núm. 75, 2004, pág. 193 y MARTÍNEZ BARROSO, M<sup>a</sup>.R.: “Reflexiones en torno al Acuerdo Marco Europeo sobre el estrés en el trabajo”, *Aranzadi Social*, núm. 22, 2005, pág. 78.

<sup>356</sup> SEMPERE NAVARRO, A.V.: “El estrés laboral como accidente de trabajo”, *Aranzadi Social*, núm. 20, 2000, pág. 47 y MARTÍNEZ BARROSO, M<sup>a</sup>.R.: *Las enfermedades del trabajo*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2002, pág. 172.

“estrés y otros problemas psicosociales”, “consecuencias de los factores nocivos y su evaluación” o “intervención psicosocial”, sin olvidar las cien horas de formación en la especialidad significada<sup>357</sup>.

El bagaje inicial constituye un buen punto de partida, pero harto escaso, por cuanto, de un lado, las cuatro especialidades sólo son exigidas para los servicios de prevención ajenos, pero no para los propios, donde basta con acreditar dos de ellas, y una de las que con más frecuencia se prescinde es la de Ergonomía y Psicología Aplicada; de otro, y fundamental, cien horas de formación no bastan (y quienes suscriben pueden dar fe, en tanto Técnicos Superiores con habilitación en esta especialidad) para una exhaustiva labor de evaluación y planificación, y menos aún para avalar un diagnóstico o seguir el proceso de un tratamiento en curso.

Preciso sería, en consecuencia, dotar de un número suficiente de profesionales cualificados en Terapia de Conducta a quien gestione la prevención, pues cualquier inversión económica en prevenir o tratar obtiene su propia amortización con la disminución de los días de baja o de trabajo reducido (y todo cuanto ello trae aparejado), sin ignorar el bienestar de los trabajadores como intangible no sometido a precio.

3º.- Las reflexiones contenidas en el apartado precedente son íntegramente aplicables a los servicios de prevención surgidos del seno de las MATEPSS, a los cuales el legislador (tras diversos informes devastadores del Tribunal de Cuentas) ha querido dotar de entidad y –sobre todo– patrimonio separado en su materia, aun cuando se mantenga ese lazo de “filialización” que proporciona una “clientela” común<sup>358</sup>.

Aquellas, en el sistema español de Seguridad Social, y tras los sucesivos cambios normativos significados, han adquirido un papel importantísimo, trascendental, en la gestión y seguimiento de los procesos de incapacidad temporal. Su compleja personalidad jurídica (entidades privadas de naturaleza asociativa integradas en exclusiva por empresarios, que colaboran con la gestión de la Seguridad Social sin ánimo de lucro, se financian mediante cotizaciones o primas --pero cuyo patrimonio no les corresponde, sino que forma parte del propio de la Seguridad Social-- y su actuación queda garantizada por la responsabilidad mancomunada de los socios y la tutela del Ministerio de Trabajo e Inmigración) ha dado pie a cuanto merece ser calificado como algo más que una definición “equivoca o exceso conceptual”, cada vez patente en superior grado, alejándose de su razón de ser inicial para actuar como seguro peculiar, público en su ordenación pero “quasiprivado” en la gestión, evolucionando a modo de fórmula cuya proyección intenta abaratar costes más que asegurar una prestación sanitaria de calidad<sup>359</sup>.

A esta finalidad “economicista” obedece la extensión de la posible cobertura de la incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral, siempre y cuando se aseguraran con la MATEPSS las contingencias profesionales (opción cada vez más elegida por los empresarios, extendiéndose a 11.506.457 trabajadores, frente a cuantos quedan protegidos por INSS, cifrados en 6.481.933), no en otro caso; al tiempo, en paralelo y de manera lenta pero segura --al menos hasta los dos últimos años--, las funciones y facultades de tan cualificadas colaboradoras se han ido equiparando --reiterando conceptos ya vertidos anteriormente-- a las de las Entidades Gestoras (en las contingencias comunes, pues en las profesionales ya las ostentan todas, al residenciarse en ellas, aparte de las relativas al reconocimiento pago y control de la prestación, las relativas al control sanitario, motivo por el cual los servicios médicos de las MATEPSS son los competentes para expedir las bajas, determinar su continuación o dar el alta sanitaria en los correspondientes procesos), conforme ya establecía el art. 80 RD 1993/1995

---

<sup>357</sup> ORÓS MURUZÁBAL, M.: “Riesgos psicosociales”, en AA.VV. (RIVAS VALLEJO, P., Dir.): *Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. La incapacidad permanente desde el punto de vista médico jurídico*, Cizur Menor (Aranzadi/Thomson), 2006, pág. 638.

<sup>358</sup> FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J.: *Responsabilidad de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales*, Madrid (CDN), 1995, pág. 19.

<sup>359</sup> RODRÍGUEZ MARÍN, J.: “Prólogo”, a la obra de MARTÍNEZ SELVA, J.M.: *Estrés laboral. Guía práctica para empresarios y empleados*, Madrid (Prentice Hall), 2004, pág. XII.

con carácter general. Sus únicas limitaciones, en este punto, vienen dadas en la actualidad --según ha quedado apuntado-- por las siguientes<sup>360</sup>:

A.- No poder expedir altas médicas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes, aun cuando sí plantear las correspondientes iniciativas en los términos contemplados en el RD 1117/1998.

B.- Transcurridos doce meses del proceso de incapacidad temporal, el control médico-administrativo pasa en exclusiva al INSS (art. 128 LGSS), careciendo de competencias para recurrir la resolución de éste respecto al acuerdo de prórroga (Criterio Jurídico del INSS 2007/16 y art. 1 RD 1430/2009).

C.- Sólo el INSS está facultado para determinar la naturaleza de la contingencia de la que derivara la incapacidad temporal, aun cuando la gestión del proceso pertenezca a la MATEPSS (art. 5 RD 1041/2005 y Resolución de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social de 19 de septiembre de 2007)<sup>361</sup>.

D.- Las MATEPSS no pueden ni suspender el abono de la prestación frente a incumplimientos del beneficiario (art. 36 Ley 24/2001), ni sancionar conductas indebidas o fraudulentas del perceptor, aun cuando sí extinguir la prestación en caso de incomparecencia del empleado al preceptivo reconocimiento médico (art. 131 *bis* 1 LGSS).

E.- Media un procedimiento administrativo especial de revisión de las altas médicas emitidas por las MATEPSS en los supuestos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento del plazo de doce meses de duración de la mentada situación, regulado con exhaustividad en el novísimo art. 4 RD 1430/2009.

A la vista de los anteriores datos, nadie puede dudar sobre la exteriorización encubierta en cuanto hace a la partida económica derivada de la incapacidad temporal, pero también --y en cuanto aquí interesa-- de la sanitaria, abandonada a los servicios médicos de las MATEPSS, cuya eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental responde (con los límites mentados) a aquél patrón enunciado (y denunciado), donde el ahorro directo en gastos se traduce en un intento por evitar “falsos positivos”, o reducir al máximo los períodos de duración de la incapacidad temporal. Pocas, prácticamente ninguna --salvo remisiones genéricas a las pautas generales--, son las referencias a la cualificación exigida a los profesionales llamados a efectuar el diagnóstico que dé lugar a la baja, al alta o a la propuesta correspondiente una vez transcurridos doce meses desde el inicio de una incapacidad temporal por contingencias profesionales<sup>362</sup>.

Hace algunos años (1993), uno de los mejores expertos en Derecho Administrativo presentaba una monografía con el sugerente título de *La nueva “organización” del desgobierno*, para dar cuenta, de manera magistral, de algunos excesos graves en determinadas decisiones normativas sobre el quehacer público. El expuesto podría abundar en su amplio elenco, pues la preparación de los profesionales contratados por las MATEPSS se presupone para diagnosticar, tratar y juzgar sobre la recuperación, sin perjuicio de que, cuando de salud mental se trata, su habilidad se limite a la receta de fármacos, sin margen apenas para la actuación, desde el inicio, de los verdaderos especialistas.

Dado el índice de población afectada, constituye éste un dato que significativamente agrava cuanto a continuación se expondrá en torno al sistema estrictamente público, que dista de ser, respecto al colectivo laboral, el

---

<sup>360</sup> ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

<sup>361</sup> POMED SÁNCHEZ, L.A.: “Naturaleza de las Mutuas de accidentes de trabajo”, *Revista Aragonesa de Administración Pública*, núm. 30, 2007, págs. 53 y ss.

<sup>362</sup> PANIZO ROBLES, J.A.: “Los órganos de Gobierno y participación de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”, *Tribuna Social*, núm. 100, 1999, pág. 47.

referente primero y principal, al menos en el estadio que lleva hoy en día a los doce primeros meses de la situación analizada.

4º.- Los arts. 148.1.21ª y 149.1.16ª de la Constitución Española (CE) reservan al Estado la competencia exclusiva sobre sanidad exterior y las bases de coordinación general de la sanidad, a las que se suma la facultad, igualmente exclusiva, para legislar sobre productos farmacéuticos, fundada ahora no tanto en criterios imperativos cuanto preferenciales.

En uso de tal habilitación, el art. 13.2 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, incluye en su letra g) la atención a la salud mental, apostillando el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, "y la asistencia psiquiátrica".

En su desarrollo, el art. 12.1 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece, en términos generales, que la atención primaria comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación del bienestar, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Quehaceres reiterados en el Anexo II RD 1030/2006, el cual alude, en términos igualmente genéricos, al "abordaje de los problemas de salud y los factores y conductas de riesgo". Añade, empero, que estas actuaciones van dirigidas a las personas, a los familiares y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, y se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

Dos aspectos adquieren, así, un protagonismo notable: el enfoque biopsicosocial y la prestación por equipos interdisciplinares. Algo sobre lo cual vuelve a incidir el apartado 8 del citado Anexo cuando regula la atención primaria a la salud mental bajo el principio de coordinación con los servicios de atención especializada, incluyendo actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de aquella en las distintas etapas del ciclo vital, la detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios especializados en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria; la detección de conductas adictivas, de trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, también su derivación a los servicios de salud mental; la detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio correspondiente; y, en fin, el seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Por su parte, cuando no se trate ya de atención primaria, sino de atención especializada, el apartado 7 del Anexo III enuncia cuanto comprende esta específica prestación con una exhaustividad digna de cualquiera de las normativas comparadas más avanzadas, la cual demanda (amén de sus concreciones o descripciones de contenido más pormenorizadas) el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

Previsiones tan racionales como las anteriores contrastan de manera significativa con cuanto sucede cuando aparece la salud mental asociada a procesos de incapacidad temporal, pudiendo dar cuenta de los siguientes datos significativos en Derecho:

A.- Cuando se establece en el Anexo II RD 1030/2006 que la atención sanitaria se prestará por equipos interdisciplinares, la previsión (y obligación) se incumple abiertamente si quien diagnostica, indica el tratamiento a

seguir y valora la aptitud laboral es un médico "general", ora el de familia, ora el de una MATEPSS<sup>363</sup>. Además, con una evidente diferencia: la plena libertad --aparente-- del primero; las --conocidas-- presiones del empresario asociado que pesan sobre el segundo.

B.- La situación es tanto más preocupante cuando aquel Licenciado en Medicina habría de acreditar conocimientos suficientes, tiempo bastante y medios acordes con su labor. Condicionantes, los tres, en demasía olvidados:

a) La formación de cualquier Licenciado Médico es manifiestamente insuficiente, hasta la fecha, en Psicología y Psiquiatría. De futuro la situación no mejorará, al menos a la luz de los nuevos planes de estudios aprobados hasta la fecha (siguiendo la Directriz europea al efecto, dada por la Directiva 2005/36 y materializada por la Orden de 13 de febrero de 2008), pues el criterio del nuevo egresado y su experiencia previa resultará harto insuficiente para acometer un cometido tan especial, lo cual se traducirá en frecuentes déficits o errores en el diagnóstico y, por tanto, en los primeros consejos, resoluciones o tratamientos.

b) El escaso tiempo que se le concede para atender a cada paciente, el cual no se ve aumentado en atención a su cualidad de trabajador (tampoco tendría por qué), ni menos aún por la singularidad del trastorno invocado, lo cual impide estudiar los síntomas en detalle y profundizar en las actitudes o creencias del paciente acerca de su enfermedad.

c) La falta de medios --en afirmación digna de reiteración-- obedece a los distintos sistemas para decidir desde un punto de vista sanitario cuando se trata de patología físicas, con pruebas diagnósticos relativamente sencillas y próximas en el tiempo (exploraciones, analíticas, scanner, resonancias, radiografías...), frente a las cuales las pruebas psíquicas y psiquiátricas no disponen de recursos técnicos tan avanzados y seguros, procediendo acudir a la entrevista clínica, cuyo éxito no sólo dependerá de cuanto manifieste el interesado, sino de la habilidad ligada al conocimiento y experiencia, no reconducible en exclusiva, ni mucho menos, a quienes se ocupan de la gestión sanitaria directa de la incapacidad temporal.

d) Estas insuficiencias en la atención primera, y los retrasos en la especializada, además del fundamental efecto pernicioso para la salud del interesado, provoca una consecuencia económica fundamental: el tratamiento efectuado fuera de la Seguridad Social es reembolsable, con fundamento en el carácter obligatorio de la hospitalización cumpliendo ciertos requisitos (SSTS 12 diciembre 1991; 15 enero 1992; 19 febrero, 26 y 31 marzo y 16 junio 1997 o 13 octubre 1999), al apreciar falta de diligencia de la Entidad Gestora, que es la responsable de la asistencia sanitaria de los asegurados, comprendiendo entre aquella responsabilidad las facultades de investigar la situación de los enfermos, de proponer ofertas de tratamiento y de requerir en su caso el traslado a centros propios (SSTS 29 marzo y 23 mayo 2000 y 20 junio y 4 julio 2001).

C.- Las resultas derivadas de tal realidad llevan, en primer lugar, y fundamental, a un deficiente o insatisfactorio tratamiento de los trastornos mentales incapacitantes para el trabajo (sea cual fuere su origen), con carencia de estudios especializados que establezcan la concreta situación de la persona, el necesario nexo causal y un diagnóstico etiológico firme, con excesos de "falsos positivos" o sobrediagnósticos, concediendo la incapacidad temporal y una atención --normalmente-- farmacológica a muchos que no precisan ni la una ni la otra; en el envés --y más grave--, también al infradiagnóstico, dado por cuantos demoran la petición de ayuda (la cual no tiene por qué llevar aparejada la baja, sino la mera asistencia) o se les deniega sin conocimiento real de causa, provocando la aparición de los conocidos como "enfermos funcionales".

---

<sup>363</sup> CORTE HEREDERO, N.: "Las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a la luz de la jurisprudencia", *Tribuna Social*, núm. 100, 1999, pág. 63.

D.- A pesar de tal dato, los médicos de atención primaria, como colectivo, se consideran cualificados para seguir acometiendo tal labor, en el entendimiento, mayoritario, de que su conocimiento o formación en la prescripción de antidepresivos es muy buena o excelente; y ello aun cuando, en la práctica, muchas veces sean utilizados de manera impropia (según muestran las estadísticas de las unidades o servicios de salud mental), el índice de abandonos de la medicación en la fase inicial o de mantenimiento resulte alarmante, o la "recuperación" tras la fase aguda venga a ser considerada --sin sopesar siquiera un tratamiento de mantenimiento o consolidación-- como suficiente para la reincorporación laboral.

E.- Quienes por lo habitual no disponen de conocimiento, tiempo y medios tampoco suelen acudir a cuanto previene el apartado 8 de Anexo II RD 1030/2006, la derivación a los servicios de salud mental, en algunas ocasiones por seguir un procedimiento asentado como costumbre; en otras, por temor a la responsabilidad jurídica derivada de una denegación de la baja con efectos inmediatos; en las más, estimando que no constituye un problema mayor para el trabajador, aun cuando se encuentre llamado a persistir y a esperar pacientemente a la hora de obtener una respuesta satisfactoria a sus problemas.

Alarmante resulta, en todo caso, el porcentaje de casos derivados que ofrecen un diagnóstico o/y un tratamiento previo inadecuado.

F.- Al final cuanto resta es una abundancia de bajas y situaciones de incapacidad temporal derivadas de trastornos mentales diversos, en las cuales destacan sobremanera<sup>364</sup>:

a) La falta de criterios sintomatológicos descritos en categorías, con referencia a su cantidad o número exacto, intensidad y gravedad con que aparecen, transitoriedad o no del padecimiento y un "enmarañamiento" o solapamiento que apenas si distingue entre lo funcional u orgánico y lo psicológico (por lo general excesivamente genéricos, intuitivos y con pocos elementos de valoración o juicio), amparados en una excesiva confianza estadística y poco interesados en los factores estrictamente subjetivos e individuales.

b) El recurso "natural" a un tratamiento estrictamente farmacológico (y no psicofarmacológico, o "psicofarmacoterapia", conforme exige la norma). Factor que, como ha quedado apuntado, provoca un cuádruple efecto negativo:

--Aumento del gasto en medicamentos específicos para estas afecciones, que, conforme consta, resulta extraordinariamente oneroso para el presupuesto público, careciendo de mayor control y fácilmente incentivado --con beneficios indirectos-- para el prescriptor por la poderosa industria farmacéutica.

--Altas tasas de abandono de la medicación (altísimas, al punto de alcanzar un índice, según estudios, del 69%). En algunos casos por ser consciente, quien "engaña", de su innecesariedad; en otros, por falta de conocimiento de las repercusiones de su decisión; en los más, por falta de información sobre las consecuencias derivadas de tal actuación.

--La práctica habitual de no advertir sobre los efectos secundarios, remitiendo a una información que únicamente consta en los prospectos que acompañan a aquéllos, muchas veces sólo inteligibles por cuantos tienen unos estudios que les permiten descifrar términos estrictamente científicos, cuya repercusión nunca ha sido explicitada en tiempo y forma por quien emitió la receta.

---

<sup>364</sup>. ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

--La creación de adictos que no precisan medicación pero la toman por prescripción facultativa, el desecho de fármacos no utilizados o, y a partir de los anteriores presupuestos, la extensión al resto de la población de "drogas" legales.

El control y dispensación informática de la receta facilita (y tal vez es necesario) el recurso a los fármacos, incluso los vinculados a la salud mental; desde luego ahorra tiempo de los médicos, pero vuelve a constituir una nueva simplificación inadmisibles en este problema específico.

G.- En el trasfondo sigue latiendo el problema de ese tratamiento "biopsicosocial" exigido por la norma, pero apenas si desarrollado en lo psicosocial, y desde luego no en el diagnóstico y tratamiento de la incapacidad temporal derivada de trastornos mentales, con los consabidos --y tantas veces mentados-- problemas de infra y sobre diagnósticos, abuso en la prescripción de medicamentos como fórmula principal para intentar la curación, sin el adecuado tratamiento psicoterapéutico en tiempo mínimo y número de sesiones (cuando hubiera lugar a alguna, lo cual es francamente infrecuente).

Esta situación, además de un flagrante incumplimiento de la norma, conlleva --entre más-- dos efectos gravemente perniciosos:

--Desde una perspectiva económica, el abuso en la prescripción de fármacos presenta la evidencia del enorme gasto público que supone (frente a lo cual la psicoterapia conlleva, por cierto, mucho menor coste y no cuenta con la constante presión de las industrias farmacéuticas), así como el encarecimiento de los procesos patológicos derivados de problemas de salud mental en comparación con cuantos tienen causa en los físicos.

En este punto, y según ha quedado escrito, los médicos de atención primaria consideran que están suficientemente capacitados para tratar ambos, también los primeros, y en exclusiva, y que en la mayor parte de los supuestos basta, para superarlos, con acudir únicamente a los medicamentos. Frente a su parecer (que lleva a un bajo índice de derivaciones), se alzan las múltiples ocasiones en que aquéllos son utilizados para tratar procesos diferentes a los mentales, las altísimas tasas de abandono en la fase inicial o de mantenimiento, la falta de información al paciente sobre los efectos secundarios y los consiguientes riesgos de nuevas enfermedades derivadas de su ingesta y, en fin, la búsqueda de una recuperación en la fase aguda sin otorgar, con posterioridad, mayor tratamiento.

--Desde el punto de vista social, y además de los anejos a cuestiones precedentemente enunciadas, se ha constatado cómo sólo un tercio de los tratamientos de salud mental cumple con los requisitos mínimos adecuados, incluyendo los criterios sintomatológicos descritos en categorías. No pueden extrañar, en consecuencia, las recaídas, recidivas o recurrencias y que, a pesar del notabilísimo incremento en el consumo de antidepresivos, se hayan incrementado incluso los supuestos de incapacidad temporal (y de los días de baja) derivados de estas causas.

5º.- A la vista de los datos expuestos, y conociendo el modelo actual de reconocimiento y seguimiento de la incapacidad temporal, parece claro que algo ha de cambiar, buscando dar cumplimiento a las dos premisas sobre las que se alza la ordenación sanitaria: la atención biopsicosocial o a la salud integral y el tratamiento del paciente por un equipo interdisciplinar bien coordinado<sup>365</sup>.

En orden a lograr tal objetivo, cabe proponer, salvo mejor opinión fundada en derecho:

A.- Proseguir y perseverar en el esfuerzo por un control más serio del medicamento, buscando su eficiencia y eficacia, lo cual supone reconocer su necesidad y oportunidad en el caso concreto (comparando beneficios y perjuicios

---

<sup>365</sup>. ARAÑA-SUÁREZ, S.M (2009) *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal*. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

frente a otras terapias), advertir sobre sus secuelas o efectos secundarios y medir las dosis y la duración en el consumo.

B.- Ordenar la regulación de la incapacidad temporal, comenzando por su definición, en la cual quede patente -como viene ocurriendo en la práctica judicial- la peculiaridad cuando proviene de trastornos mentales, donde la delimitación entre un origen profesional y común pierde gran parte de sentido, dada la normal interacción de ambos factores en el resultante patológico final, así como la frecuente concurrencia con antecedentes o secuelas físicas, convirtiendo en aleatorio desde el plano psíquico cuanto goza de importante certeza en el orgánico.

C.- Incorporar verdaderos especialistas en Terapia de Conducta tanto en los servicios de prevención propios como ajenos. Los actuales únicamente acreditan una formación de cien horas en Ergonomía y Psicología Aplicada, lo cual parece manifiestamente insuficiente para una incisiva labor preventiva como la pretendida por la Ley; menos aún para un adecuado seguimiento de los eventuales procesos de rehabilitación.

D.- Revisar las atribuciones concedidas a los médicos de las MATEPSS en esta materia, pues, por lo general, manifiestan una grave falta de formación y experiencia en tratamientos de incapacidad temporal provocados por problemas de salud mental. Decisión tanto más importante cuanto que, con iguales carencias en su preparación que los médicos de atención primaria, extienden su quehacer a un colectivo laboral apreciablemente superior al diagnosticado y tratado por éstos; además, procede recordar que son libremente contratados por unas entidades singulares en su configuración jurídica, sin un criterio selectivo que acredite su mérito y capacidad (también para atender trastornos mentales), desarrollan su cometido sin otro control salvo el que *a posteriori* pudieran ejercer los Equipos Médicos del INSS y, a la postre, son empleados de una asociación de la cual forma parte el empresario del trabajador afectado. Todo ello nunca puede hacer dudar sobre su profesionalidad, pero sí genera una presunción, difícil de calificar, sobre fidelidad a quien le paga, donde deontología y costes deben resultar compatibles, pero en modo alguno queda garantizado el objetivo de salud integral a través de equipos que hagan factible la deseable polivalencia<sup>366</sup>.

E.- Al final, el asunto nuclear se asienta en la contradicción patente entre la normativa sanitaria general y su materialización en un ámbito muy concreto: los procesos de incapacidad temporal vinculados a la salud mental. En concreto, la asignación a los médicos de atención primaria o de las MATEPSS de la competencias para diagnosticar y tratar en exclusiva tales trastornos.

Ello supone, en primer lugar, desconocer la necesidad de considerar la enfermedad mental bajo el concepto biopsicosocial que exige el margo legal de referencia, ignorando la necesidad de conocimientos suficientes y tiempo bastante en función de la complejidad del proceso en presencia. También la demanda de atención psicofarmacéutica, que no puede quedar limitada a la receta de medicamentos, sino que, unido a lo anterior, requerirá tratamiento psicológico y psiquiátrico (o, al menos, el parecer de estos especialistas) tanto en fase aguda como de mantenimiento y consolidación.

Conlleva, en segundo término, dar cumplimiento a la prestación interdisciplinar de los problemas mentales que propugna la Ley, pues ello trae aparejada la suma de estímulos, y no la merma de competencias, con un evidente enriquecimiento de los diagnósticos y de la terapia a seguir.

Por ambos motivos se entienden muy razonables las propuestas efectuadas en orden a un cambio en la gestión de las altas y bajas de incapacidad temporal, dejando de depender del exclusivo criterio de los médicos de familia o de las MATEPSS y pasando a hacerlo de Centros Polivalentes o Interdisciplinarios de Atención Primaria,

---

<sup>366</sup> CRUZ VILLALÓN, J.: “El nuevo régimen de gestión por las Mutuas de la prestación económica por incapacidad temporal”, *Relaciones Laborales*, 1996, T. I, pág. 349.

donde aquéllos pudieran afrontar los problemas de salud mental con la ayuda de Psiquiatras y Psicólogos, tanto en el diagnóstico como, cuando fuere menester, en un tratamiento especializado.

O eso --solución que se entiende óptima--, o programas de formación y reciclaje en Terapia de Conducta a los médicos de atención primaria, aun cuando ello siga llevando a desconocer el necesario carácter interdisciplinar de la prestación sanitaria mental con el riesgo que ello supone.

En todo caso, siendo conscientes de que el montante económico que implica la contratación de estos especialistas a incorporar por las Administraciones quedará amortizado por el ahorro en costes laborales (disminución de días de baja y de tiempos de trabajo reducido, menor riesgo de "falsos positivos" y ampliación del campo de actuación a la población laboral no diagnosticada ni tratada) y farmacéuticos, procede dar un paso más para afirmar que ello permitirá descongestionar las consultas de los médicos, pudiendo destinar sus esfuerzos a otros procesos para los cuales están más cualificados; y, en fin, contribuirá a obtener un mayor bienestar social, como intangible de salud integral no sometido a precio.



---

# PSICOPATOLOGÍA, DISCAPACIDAD y TRABAJO

---

Mario Araña-Suárez  
Cesar Borobia-Fernández  
Francisco Rodríguez-Pulido  
José-Joaquín LaCalle

---

Considerar los aspectos biológicos y los determinantes personales – creencias, actitudes, percepciones,...- , así como la macroestructura general de la sociedad –cultura, leyes y normativa legal, litigiosidad judicial, ...- resultan necesarios a la hora de tratar de comprender, y explicar las conductas de cada tipo de agente laboral, acerca de la discapacidad o afectación del trabajador. Entre los factores sociales, los determinantes políticos, económicos y estructurales que están presentes en el origen o mantenimiento de la afectación, los valores y cultura organizacional-empresarial-gubernamental, resultan esenciales a la hora de apresar la constitución integral del *concepto discapacidad* (Blank, Peters, Pickvance, Wilford, MacDonald, 2008).

El análisis de factores aislados – principalmente biológicos - ha ofrecido algunos resultados explicativos, pero carecemos de un marco de acción global, integral, que contemple la combinación de determinantes bio-psico-jurídicos-sociales y su relación con la recuperación de la salud del trabajador, y el regreso al trabajo de forma satisfactoria.

Algunas facetas comunes del significado de la discapacidad se relacionan con la percepción personal que se tiene sobre la discapacidad, el impacto de la enfermedad, la experiencia de enfermar, las percepciones y creencias generales expandidas en la sociedad, ..., determinantes que influyen sobre la forma de afrontar actividades que faciliten o pospongan, la recuperación, y el regreso al trabajo.

La experiencia de enfermar, especialmente las consecuencias de enfermar, la respuesta interna personal, y la respuesta externa de otros – y del sistema social - a su enfermedad, se muestran como los elementos más relevantes y determinantes para el afectado, junto a la experiencia previa, las autopercepciones que se disponen antes de enfermar, el estigma asociado al determinado tipo de enfermar concreto, el impacto sobre sus vidas, las pérdidas que le ocasiona, las necesidades básicas vitales que requiere su enfermedad, el proceso seguido para recuperarse, el acceso a la información, la exploración de estrategias de recuperación, la implementación de estrategias personales, la comprensión de sus capacidades físicas y mentales para trabajar, la utilización de ayudas disponibles y accesibles por el contexto y sistema.

La autopercepción del estado de salud es una introspección individual de todos los aspectos relacionados con la salud, de que dispone el sujeto y es, en general, poco accesible y escasamente considerada por el observador externo (Post, Krol, Groothoff, 2006). En este sentido, diversos análisis han sido desarrollados para captar las autopercepciones del individuo sobre su estado de salud, llegando a postular que *la autopercepción de salud es un determinante importante que actúa como predictor del regreso al trabajo* (Jette y Jette, 1996).

Por ejemplo, en el área de los trastornos musculoesqueléticos, niveles elevados de autopercepción del dolor, y locus de control externo, fueron factores predictivos de una demora mayor en el regreso al trabajo, una mayor duración de la baja laboral; aunque, son los trabajadores con complicaciones y dificultades psíquicas, quienes tienen una tasa y dilación mayor de regreso del trabajo, superiores a los sujetos con complicaciones físicas (Van der Giezen, Bouter y Nijhuis, 2000; Reiso, Nygard, Jorgensen, Holanger, Soldal, Bruusgaard, 2003).

En el contexto de la salud mental, cuando se ha preguntado de forma específica en alguna investigación, los trabajadores afectados manifiestan estar más preocupados por recuperar su salud, que sus médicos (Bell, 1999); *muchos clínicos, nunca preguntan a los trabajadores aquejados de salud mental, por su empleo o las características del trabajo y funciones que desarrollan*, a pesar de ser un requisito esencial para la dispensación de la baja laboral.

Comprender los factores que influyen y determinan cuando - y como - un trabajador aquejado en su salud mental, o su médico, decide abandonar la Baja Laboral y propone Regresar al Trabajo, resulta esencial (Martin, 2001), para reducir el impacto de la afectación sobre el trabajador, sobre la empresa, y sobre la sociedad en su conjunto.

En este sentido, *las categorías diagnósticas son predictores pobres*, que se diluyen, respecto a la ejecución laboral del trabajador (Pluta y Accordino, 2006, en concordancia con otros hallazgos consistentes previos: Anthony, 1994; Antony y Jansen, 1984; Tsang, Lam, Ng, y Leung, 2000).

La propia anamnesis o historia laboral del trabajador, contempla - al menos - dos variables diferenciales: la experiencia en el puesto ocupacional, y la experiencia con la organización empresarial; donde la experiencia con el desempeño laboral del puesto puede aportar una importante explicación respecto al regreso al trabajo o la baja laboral. La experiencia previa de malestar e incapacidad en la función del puesto, es un predictor consistente del regreso al trabajo, especialmente en personas con problemas de salud mental. *Las personas están motivadas de forma diferencial para regresar al trabajo*. Identificar los patrones de estabilidad o inestabilidad resulta necesario para el establecimiento y evaluación de los factores de riesgo (Pluta y Accordino, 2006).

Tsang, Lam, Ng, y Leung (2000), por ejemplo, reflejan una evidencia controvertida respecto a los factores que determinan el regreso al trabajo, encontrando que, cuando se dispone de un funcionamiento cognitivo adecuado y unas buenas relaciones familiares, estas variables parecen actuar fuertemente relacionadas como predictores del regreso al trabajo tras sufrir de problemas de salud mental. Wewiorski y Fabian (2004) investigando los factores asociados al absentismo, relacionados con problemas de salud mental, encuentran factores organizacionales como los turnos extensos, la sobrecarga laboral, presión, y los efectos de estas variables sobre la vida personal, asociados directamente con las bajas laborales.

Por otra parte, conviene señalar como *las estimaciones sobre la prevalencia de las enfermedades mentales entre la población que trabaja se reflejan, generalmente, mezcladas con la incidencia de la salud mental entre la población general* (Blank, Peters, Pickvance, Wilford, MacDonald, 2008). Sin embargo, encontramos en Inglaterra, por ejemplo – Dunn (1999) –, en población general, como uno de cada seis trabajadores parece estar aquejado de algún problema de salud mental, principalmente, ansiedad y depresión; uno de cada 250, estaría afectado de trastornos psicóticos (esquizofrenia, depresión maniaca o bipolar).

La definición de afectación en salud mental también varía entre los estudios, estando escasamente definida la morbilidad psicopatológica. La selección de los sujetos objeto de estudio dispone de restricciones del lugar de acceso a la población, condiciones médicas asociadas, extensión territorial, factores culturales. Sin embargo, empresarios y características del puesto, así como la combinación de estos factores (Engstrom, Janson, 2007), junto a la existencia de diagnósticos múltiples de enfermedad, tienen algunos efectos explicativos sobre la duración a largo plazo de la afectación, y de la baja laboral.

En la revisión efectuada por Blank, Peters, Pickvance, Wilford y MacDonald (2008), sobre los trabajos publicados entre 1985 y 2005 relacionados con el regreso al trabajo de las personas con dificultades de salud mental y en edad de trabajar y con ausencias laborales superior a los seis meses, encuentra que la presencia de formas leves, dificultades menores en su salud mental, incrementan las tasas de absentismo laboral; teniendo la reorganización del entorno laboral, un impacto significativo positivo sobre la morbilidad psicopatológica. El tipo de supervisión laboral aparece relacionado con el menor tiempo de ausencia laboral; cuando la comunicación entre empleado – supervisor y propietario o jefe laboral es adecuada, se asocia con un retorno completo al trabajo más temprano, en no depresivos.

Otro aspecto a considerar, es la definición de ausencia laboral a poco que profundicemos en el área: algunos estudios consideran el tiempo transcurrido y debido de forma principal a sus dificultades en salud mental, aunque la mayoría de los trabajos la relaciona con otros factores relacionados con la salud mental, y la contribución de estos factores en la predicción de la duración del trabajo y la probabilidad de retornar al trabajo.

Entre los Factores de Riesgo de la prolongación de la Baja Laboral, encontramos variables asociadas a factores organizacionales, conductas de salud, estatus social y demográfico, o aspectos estrictamente sanitarios. Factores de riesgo organizacionales, incluyen la baja calidad laboral, estresores laborales altos, estrés organizacional, ausencia de sistemas de ayuda y comunicación organizacional; el estatus social y demográfico incluye aspectos familiares (viudo, soltero, casado, divorciado, número de hijos), edad, sexo, nivel educativo; los factores estrictamente sanitarios relacionados con la enfermedad, incluirían la presencia de síntomas menores o residuales, severidad de los síntomas, y presencia de ansiedad, o conductas evitativas.

En el análisis de Millward, Lutte y Purvis (2005), la mayoría de los sujetos con Incapacidad Laboral, reflejaban estar abrumados por sus síntomas, tomando su baja laboral y la orientación de las actividades diarias, en función de su enfermedad, y de los ciclos de malestar. El regreso al trabajo, no era una prioridad, ni tampoco disponían de planificación acerca de las fluctuaciones en severidad de los síntomas, negando o ignorando la evidencia disponible acerca de las posibilidades de recuperación, viviendo su afectación con 'desmoralización' y catastrofismo.

Pero, *la atención recibida, así como los lugares en que reciben atención sanitaria* (hospital, grupos de autoayuda, centros especiales) *podrían estar actuando como un refuerzo indirecto de la enfermedad y su percepción de la*

*misma*. Todos los participantes identificaban formas variadas que reflejaban estar percibiéndose a sí mismo, como personas diferentes a otros seres humanos, en función de sus capacidades y estado actual.

No tener en cuenta estas variables y factores de este tipo, que determinan el retorno al trabajo, tiene efectos administrativos, - pero no funcionales - en la conducta del trabajador (Branton, Arnold, Appelt, Hodges, Battié, Gross, 2010). Parece posible que lleguen a existir, por tanto, algunas o ciertas intervenciones del sistema asistencial tanto público o privado, que podrían estar actuando como '*dosis tóxicas*' (Maceachen, Kosny, Ferrier, Chambers, 2010), dificultando la propia recuperación y el regreso al trabajo.

Si la internalización de los síntomas muestra un fuerte enlace entre la sintomatología depresiva y la conciencia de enfermedad o identidad, reforzando la percepción de 'diferencia' respecto a otros y reforzando la racionalización de la ausencia del trabajo, una de las conclusiones que cabría obtener es que podría ser necesario la interacción relacional de las personas afectadas en su salud mental, con otras 'normales', en contextos naturales, habituales, de forma que pudiera facilitarse la intervención sobre las percepciones de salud, y sobre el sentido del sí mismo y autoeficacia personal, reforzando las capacidades y posibilidades de interacción con otros, en contextos naturales.

Esta recomendación podría ser, de la misma forma, aceptable, para los pacientes que pudieran no desear consumir fármacos, o en comportamientos de no adherencia al tratamiento, por no sucumbir a una identidad de enfermo y enfermedad, que les desagrada, a pesar de su enfermedad y malestar.

Si bien es cierto que el incremento del cumplimiento terapéutico de antidepresivos está asociado con una reducción de las bajas laborales, del absentismo, pero con un aumento de las pérdidas por presentismo (Birnbaum, Ben-Hamadi, Kelley, Hsieh, Seal, Kantor, Cremieux, Greenberg, 2010), los estresores laborales generan una multiplicación del impacto del presentismo, y del absentismo (Lerner, Adler, Rogers, Chang, Lapitsky, McLaughlin, Reed, 2010). [ Vease "La Salud Psico-Física de los Trabajadores: un Riesgo Emergente", así como "Pautas Alternativas para la Gestión de la Incapacidad Laboral Temporal derivada de Salud Mental" ].

Estas variables detectadas, entre otras, permitirían identificar los factores de alto riesgo relacionados de forma suficientemente explícita con ausencias prolongadas en el trabajo. Desde el momento en que son factores modificables que permiten intervención en las primeras fases de la enfermedad y del proceso de baja laboral (Heymans, de Vet, Knol, Bongers, Koes, van Mechelen, 2006), donde las creencias psicológicas han sido identificadas como un factor importante en relación con el curso de la evolución del dolor de espalda, con baja laboral.

Diversos estudios muestran la importancia de los factores psicosociales en el proceso continuado de baja laboral (Kendall, 1999). Los mecanismos de *evitación conductual* también desempeñan un papel relevante, junto al conjunto de miedos y creencias catastrofistas asociadas al malestar y a la intervención, reflejada en diversos estudios (Kalauokalani, 2001; Mondloch, Cole, Frank, 2001); aunque existen muchas investigaciones en el área, a la búsqueda de factores pronósticos de la evolución del malestar - por ejemplo, en dolor de espalda - , que no contemplan estas variables psicológicas (Pincus, Vlaeyen, Kendall, et al., 2002; Hartvigsen, Lings, Leboeuf, Bakketeig, 2004).

La introducción de programas preventivos contra la obesidad en el ámbito laboral, por ejemplo, han logrado mejorar los gastos asociados a la enfermedad, así como aumentar los beneficios de la productividad (Goetzel, Gibson, Short, Chu,

Waddell, Bowen, Lemon, Fernandez, Ozminkowski, Wilson, DeJoy, 2010). De donde deviene que no deberíamos medir el impacto de la salud mental por el absentismo o las bajas laborales exclusivamente, sino que podríamos utilizar medidas integrales que contemplen la salud mental laboral, el rendimiento, la productividad y la satisfacción de los trabajadores (Lerner, Adler, Rogers, Chang, Lapitsky, McLaughlin, Reed, 2010) de una forma realista, e integral.

Así, mientras el impacto de la Depresión es conocido a nivel asistencial, muy poco sabemos del impacto de la severidad de la Depresión en la productividad laboral, aunque los pacientes que no responden al tratamiento tienen más de doce veces una utilización mayor de los recursos, elevando los costes indirectos, y a medida que avanza la severidad del trastorno, aumentando las pérdidas asociadas al trabajo (Birnbaum, Kessler, Kelley, Ben-Hamadi, Joish, Greenberg, 2010).

Las negativas consecuencias en el mundo laboral, sugiere la rentabilidad de prevenir los problemas de salud mental (Lu, Frank, Liu, Shen, 2009). Especialmente, si el diagnóstico temprano reduce los costes de intervención, y el no diagnóstico o no tratamiento, multiplica los gastos de productividad y asistencia sanitaria y social (Culpepper, 2010). Es por ello que, a la hora de optimizar los tratamientos, ***podríamos comenzar a medir resultados sintomáticos y funcionales***, incluyendo la calidad de vida y el desarrollo y desempeño laboral (Erickson, Guthrie, VanEttten, Himle, Hoffman, Santos, Janeck, Zivin, Abelson, 2009), de forma inclusiva.

En el trabajo, tanto los aspectos personales como ambientales contribuyen al proceso de absentismo. Las características del trabajo, de la empresa y organización, con factores como insuficiente liderazgo, injusticias laborales, clima organizacional deficiente, están relacionadas con absentismo laboral, de la misma forma que demandas laborales excesivas, bajo apoyo social y contextual, provocan deterioro del clima psicosocial. El estresor laboral más potente encontrado (Holmgren, Dahlin, Bjorkelund, Hensing, 2009), ha estado relacionado con los obstáculos al tiempo de ocio, seguido de la escasa influencia en el puesto y organización, el estrés organizacional percibido así como los conflictos existentes en la organización, y las altas demandas laborales.

Dificultades para manejar las exigencias del trabajo, así como exigencias horarias extremas y extensas, son fuentes abundantes de estrés, con consecuencias directas sobre el absentismo y la afectación a la salud de los trabajadores. El fenómeno del absentismo, por tanto, es complejo y requiere una observación desde la sociedad y desde las organizaciones empresariales. (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert, Knape, 2010).

Disponer de condiciones flexibles en el trabajo incrementan la sensación de control y capacidad de elección, ofreciendo mejores resultados sobre el rendimiento y absentismo. Por el contrario, intervenciones centradas en el exclusivo interés de la empresa, y de carácter estricto, disponen de resultados equívocos y deficientes sobre la salud y el bienestar de los trabajadores (Joyce, Pabayo, Critchley, Bamba, 2010). En este contexto, establecer políticas de seguridad y bienestar laboral, debería ser una prioridad laboral (Gorman, Yu, Alamgir, 2010), y gubernamental. Por ejemplo, favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar, junto con el fomento de las responsabilidades laborales, ha permitido reducir periodos prolongados de determinados absentismos laborales (Lidwall, Marklund, Voss, 2010).

La carga de trabajo, tanto como la salud mental laboral, no son aspectos fácilmente tratables –hasta ahora– en el lugar de trabajo. Pero la gestión médica exclusiva de los problemas físicos y mentales, podría estar siendo un factor que dificulta el regreso al trabajo (Anema, Van Der Giezen, Buijs, Van Mechelen, 2002; Van Oostrom, Anema, Terluin, Venema, de Vet, Van Mechelen, 2007), llegando a ser considerado, y definido, por determinados autores, *la*

*Resolución de las Bajas Laborales, como un asunto de carácter político, más que un problema estricta – y únicamente - sanitario o asistencial* (Anema, Schellart, Cassidy, Loisel, Veerman, van der Beek, 2009)

Programas basados en la implementación de cambios generales en la legislación, y posibilidades de recuperación, a partir del *Modelo Transteórico de Prochaska* (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992, entre otros) podrían ser necesarios, como marco teórico general para la planificación de actuaciones, como se desarrolla en otro apartado siguiente de este Programa.

Analizar, y reflexionar la estructura motivacional de la intención de cambio en las personas, reconocer el estado general existente al respecto de las Bajas Laborales – Absentismo, y Presentismo -, así como considerar los cambios personales, los cuales disponen de un esquema global que ser apresado, dibujando las distintas fases necesarias que se atraviesan en el recorrido individual y grupal que se realiza a la hora de modificar conductas complejas - Precontemplación, Contemplación, Preparación para la Acción, Acción, Mantenimiento -, podría resultar imprescindible, a la luz de los datos aportados en los Programas Nacionales desarrollados bajo el epígrafe “Salud Mental – Atención Primaria- Incapacidad Laboral Temporal”, para la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, del Ministerio de Trabajo, Gobierno de España.

#### **BIBLIOGRAFIA.-**

.- Anema, J.R., Schellart, J.M., Cassidy, J.D., Loisel, E.P., Veerman, T.J., van der Beek, A.J. (2009) Can Cross Country Differences in Return-to-Work After Chronic Occupational Back Pain be Explained? An Exploratory Analysis on Disability Policies in a Six Country Cohort Study. *J Occup Rehabil* 19:419–426

.- Anthony, W.A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17 (3): 3-13

.- Anthony, W.A., y Jansen, M.A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: research and policy implications. *The American Psychologist*, 39: 537-544

.- Bell, A. (1999). CIGNA finds good care pares mental claims. *National Underwriter Life and health Financial Services Edition*, 103 (30): 8.

.- Birnbaum HG, Ben-Hamadi R, Kelley D, Hsieh M, Seal B, Kantor E, Cremieux PY, Greenberg PE. (2010). Assessing the relationship between compliance with antidepressant therapy and employer costs among employees in the United States. *J Occup Environ Med*. Feb;52(2):115-24;

.- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J., MacDonald, E. (2008). A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28: 27-34

.- Branton EN, Arnold KM, Appelt SR, Hodges MM, Battié MC, Gross DP. (2010). A Short-Form Functional Capacity Evaluation Predicts Time to Recovery but Not Sustained Return-to-Work. *J Occup Rehabil*. Feb 25

.- Culpepper L. (2010). The social and economic burden of shift-work disorder. *J Fam Pract*. Jan;59(1 Suppl):S3-S11

.- Dunn, S. (1999). Creating accepting communities: report of the mind inquiry into social exclusion and mental health problems. *Mind*, 1999.

- .- Engstrom, L.G., Janson, S. (2007). Stress-related sickness absence and return to labour markets. *Disability and Rehabilitation*, March, 29 (5): 441-416
- .- Erickson, S.R., Guthrie, S., VanEtten-Lee, M., Himle, J., Hoffman, J., Santos, S.F., Janeck., A.M., Zirvin, K., Abelson, J.L. (2009). Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 26: 1165-1171
- .- Franche, R.L., Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17: 233-56
- .- Goetzel RZ, Gibson TB, Short ME, Chu BC, Waddell J, Bowen J, Lemon SC, Fernandez ID, Ozminkowski RJ, Wilson MG, DeJoy DM. (2010). A multi-worksites analysis of the relationships among body mass index, medical utilization, and worker productivity. *J Occup Environ Med.* Jan;52 Suppl 1:S52-8
- .- Gorman E, Yu S, Alamgir H. (2010). When healthcare workers get sick: Exploring sickness absenteeism in British Columbia, Canada. *Work.* Jan 1;35(2):117-23
- .- Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C, Bakketeig L. (2004). Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 61:e2. Review.
- .- Heymans, M.W., de Vet, H.C.W., Knol, D.L., Bongers, P.M., Koes, B.W., van Mechelen, W. (2006). Workers' Beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(4):685-95
- .- Holmgren, K., Dahlin-Ivanoff, S., Bjorkelund, C., Hensing, G. (2009). The prevalence of work-related stress and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*, 9:73
- .- Jette, D.U., Jette, A.M. (1996). Health status assessment in the occupational health setting. *Orthopaedic Clinics of North America*, 27: 891-902
- .- Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* Feb 17
- .- Kalauokalani D. (2001). Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine* 26:1418-24.
- .- Kendall NA (1999). Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm. *Baillieres Best Practice Research Clinical Rheumatology* 13:545-54. Review 13
- .- Lerner D, Adler DA, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, McLaughlin T, Reed J. (2010). Work performance of employees with depression: the impact of work stressors. *Am J Health Promot.* Jan-Feb;24(3):205-13.
- .- Lidwall U, Marklund S, Voss M. (2010) Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. *Eur J Public Health.*
- Li-Tsang, C.W.P., Chan, H.H.K., Lam, C.S., Lo-Hui, K.Y.L., Chan, C.C. (2007). Psychosocial aspects of injured workers' returning to work (RTW) in Hong Kong. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17: 279-288

- .- Lu C, Frank RG, Liu Y, Shen J. (2009). The impact of mental health on labour market outcomes in China. J Ment Health Policy Econ. Sep;12(3):157-66
- .- MacEachen E, Kosny A, Ferrier S, Chambers L. (2010). The "Toxic Dose" of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected. Journal of Occupational Rehabilitation Feb 7.
- .- Martin, M.(2001). Early intervention can speed employees' return to work. Occupational Hazard, 63 (7): 19
- .- Meeusen V, VAN Dam K, Brown-Mahoney C, VAN Zundert A, Knape H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: a survey. Acta Anaesthesiol Scand. Feb 17
- .- Millward, L.J., Lutte, A., Purvis, R. (2005) Depression and the Perpetuation of an Incapacitated Identity as an inhibitor of return to work. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12, 565-573
- .- Mondloch MV, Cole DC, Frank JW. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. Canadian Medical Association Journal, 165: 174–9. Review.
- .- Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, et al.(2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. Spine, 27:E133–8.
- .- Post, M., Krol, B., Groothoff, J.W. (2006). Self-rated health as a predictor of return to work among employees on long-term sickness absence. Disability and Rehabilitation, 28 (5): 289-297
- .- Pluta, D.J., Accordino, M.P. (2006). Predictors of Return to work for people with psychiatric disabilities. Rehabilitation Counselling Bulletin, Vol. 49, No. 2, 102-110
- .- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102–1114.
- .- Reiso, H., Nygard, J., Jorgensen, G., Holanger, R., Soldal, D., Bruusgaard, D.(2003). Back to work: predictors of return to work among patient with back disorders certified as sick: a two year follow-up study. Spine, 28: 1468-1473
- .- Tsang, H., Lam, P., Ng, B., Leung, O.(2000). Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: a review of the literature since the mind '80s. Journal of Rehabilitation, 66(2): 19-31
- .- Van der Giezen, A.M., Bouter, L.M., y Nijhuis,F.J. (2000). Prediction of return to work of low back pain patients sick listed for 3-4 months. Pain,87: 285-294
- .- Wewiorski,J.W. y Fabian, E.S. (2004). Association between demographic and diagnostic factors and employment outcomes for people with psychiatric disabilities: a synthesis of recent research. Mental Health Services Research, 6 (1): 9-21



---

# LOCUS DE CONTROL, ANSIEDAD Y TRABAJO

---

Mario Araña-Suárez  
Antonio Capafons-Bonet  
Javier Martínez-López  
Eugenio Laborda-Calvo

---

El concepto de *locus de control*, derivado de la teoría del aprendizaje social, a partir de Rotter (1954, 1966, 1975) refiere la percepción de control del individuo sobre los resultados y eventos en su propia vida, siendo el control interno una percepción que contrasta con el control externo, desde donde los eventos se contemplan como impredecibles o dependientes de factores ajenos al individuo.

El locus de control juega un papel adaptativo, como estrategia de afrontamiento respecto al dolor, lenguaje interno y autoeficacia del paciente (Cano-García, Rodríguez-Franco, López-Jiménez, 2009; Waldron, Benson, O'Connell, Byrne, Dooley, Burke, 2010). Estudios realizados con sujetos con dolor de espalda, por ejemplo (Wiegmann, Berven, 1998), han mostrado como el locus de control interno esta asociado de forma positiva con el aprendizaje de ejercicios mas efectivos que pueden ser practicados de forma mas elaborada y con mayor frecuencia.

Aquellos individuos con fuerte control interno sobre su propia salud, utilizan con alta y mayor frecuencia medicinas complementarias y alternativas (Ono, Higashi, Suzukamo, Konno, Takahashi, Tokuda, Rhaman, Shimbo, Endo, Hinohara, Fukui, Fukuhara, 2008).

Sin embargo, sujetos con altos niveles de control externo sobre su salud, ocasionan costes mayores al sistema de salud, y disponen de peor pronostico evolutivo (Cross, March, Lapsley, Byrne, Brooks, 2006), reflejan peor adherencia a los tratamientos y peor recuperación (Engström, Oberg, 2005), así como mayores complicaciones con el tratamiento (Kurita, Pimenta, 2004). No solo respecto a la salud, sino también, como locus de control externo laboral, reportan mayores niveles de estrés y depresión ( Meng, He, Yu, Qi, 2008). Mostrando como el locus de control es un potente moderador de la conducta general del trabajador (Smith, Jeppesen, Bøggild, 2007).

Es por ello que resultaría de interés y necesidad, poder *evaluar el Locus de Control* de que dispone el paciente, como factor pronostico de su evolución y cumplimiento terapéutico, así como por su influencia en la relación con el sistema de salud (Christensen, Howren, Hillis, Kaboli, Carter, Cvenngros, Wallston, Rosenthal, 2010).

El Locus de Control Interno (LOC) es uno de los constructos que componen la autoevaluación, junto a la autoeficacia, estabilidad emocional y autoestima (Lefcourt, 1976, 1985, 1992). LOC es predictor de bienestar, sobre todo en

individuos con LOC Interno; en relación con desesperanza, psicopatología, depresión, o desordenes de personalidad, los sujetos con LOC Interno disponen de alta motivación laboral, alta motivación al rendimiento, a la satisfacción laboral, al liderazgo (Presson, Benassi, 1996). Estando, *en el ámbito laboral*, LOC interno, asociado (Watson, 1998) con el bienestar general, la satisfacción vital y la salud física; con reacciones afectivas en el trabajo, satisfacción laboral general, comunicación afectiva organizacional, horas trabajadas, intenciones de permanencia laboral; motivación laboral, expectativas de autoeficacia, empoderamiento psicológico: prudencia, autonomía, significatividad de las tareas, feedback laboral; mejor apoyo social percibido, integración social, relaciones con superiores y estrategias de resolución de problemas.

Si bien, el LOC interno podría estar negativamente relacionado con la susceptibilidad a la persuasión (Avtgis, 1998), la cultura organizacional podría contribuir a desarrollar, de forma coherente, el locus de control interno, tratando de eliminar la ambigüedad y las indecisiones organizacionales como factor que puede generar descontrol y desmotivación. Las creencias individuales de los trabajadores, por ello, necesitan ser consideradas, para una vez reconocidas, adecuar el entorno laboral, con las medidas necesarias para una mayor capacidad resolutive organizacional.

Es en este sentido, *no podemos ignorar el papel desempeñado por el locus de control interno*, principalmente relacionado con los procesos cognitivos de autoevaluación del bienestar, la motivación interna, o la orientación cognitiva para mantener el control conductual activo.

Los programas de rehabilitación o recuperación que se facilitan a los trabajadores en Baja Laboral, podrían ser considerados como una oportunidad adecuada para ayudar al cambio de orientación del control, y *dirigidos al aumento del control interno*, ayudando a los individuos a aumentar el control sobre sus propias vidas, facilitando la recuperación, insistiendo en el papel activo disposicional del trabajador, en su recuperación y acercamiento para el regreso al trabajo.

Cuando analizamos las pérdidas de productividad y rendimiento, comprobamos como son mayores a los días de baja laboral; los días de trabajo reducido por ansiedad, consumo de sustancias o trastornos de personalidad, reflejan el doble de días en trabajo reducido, frente a días perdidos por los mismos motivos; los trastornos afectivos, el triple. En este contexto, no olvidemos como menos del 15% de los trabajadores con problemas mentales, busca ayuda (Lim, Sanderson, Andrews, 2000). Reflexionar en que factores psicopatológicos específicos constituyen factores de riesgo para el absentismo y la reducción de la productividad laboral, constituye otra oportunidad para implementar estrategias de prevención que reduzcan las bajas laborales y los descensos de rendimiento entre pacientes afectados con trastornos mentales.

Los factores predictivos más potentes para explicar el regreso al trabajo, están relacionados con las expectativas del individuo, la afectación somática, el sentido de coherencia, y satisfacción con la vida. No hay un solo factor, por tanto, sino múltiples factores que influyen en la decisión de regresar al trabajo (Hansen, Edlund, Henningsson, 2006). En el estudio efectuado por Plaisier, Beekman, Graaf, Smit, Van Dyck, Penninx (2010), a pesar de la remisión del diagnóstico y afectación de los trastornos depresivos, continuaban las bajas laborales asociadas a estos trastornos. No así en los trastornos de ansiedad, donde se produce un descenso del rendimiento y el absentismo.

Es por ello que **la relación entre estado de salud, psicopatología y productividad**, analizada en un apartado anterior de este Programa Nacional, exige que se integren los resultados empresariales con los datos sanitarios, para

poder comprender el impacto real de las intervenciones que se desarrollan. (Loeppke, Taitel, Haufle, Parry, Kessler, Jinnett, 2009).

En este contexto, los desordenes de Ansiedad son un grupo heterogéneo de trastornos que incluyen, por ejemplo, fobias específicas, fobia social, agorafobia y trastornos de pánico, ansiedad generalizada, hipocondriasis y trastornos por somatización. La experiencia clínica permite comprobar como las disfunciones provocadas por ansiedad no siempre afectan todas las partes de la vida del sujeto, y puede estar relacionada de forma exclusiva con el entorno laboral (Linden, Muschalla, 2007). Algunos determinados contextos laborales u organizaciones pueden generar ansiedad, resultando imposible tratar esta afectación en el entorno laboral, por **la inexistencia de alternativas de tratamiento en el ámbito laboral**. La ansiedad laboral puede llegar a ser un problema en si mismo, desde el momento en que existen pacientes que refieren ansiedad relacionada de forma exclusiva con el entorno laboral.

Los Trastornos de Ansiedad relacionados con el trabajo, sin embargo, no muestran una estricta etiología dependiente de las condiciones de trabajo, siendo también reflejo de otras condiciones propias del individuo que se expresan en el lugar de trabajo, resultando necesario – por ello - efectuar un diagnostico diferencial y comórbido de cada afectación individual. Los Trastornos de Adaptación, por ejemplo, podrían estar asociados con los Trastornos de Ansiedad en algunas personas, mientras en otras, aparecer como fenómenos primarios. De cualquier forma, la Ansiedad en el Trabajo puede llegar a ser un fenómeno diferencial, cuya afectación no se extienda al resto de las situaciones sociales del mismo individuo, aunque logre estar presente detrás de afectaciones psicósomáticas.

La ansiedad laboral llega a ser una ansiedad estado, más que un rasgo de ansiedad. Quienes sufren de ansiedad laboral, tienden a evitar el lugar de trabajo al presentar complicaciones somáticas. Aunque un alto grado de ansiedad rasgo puede actuar como un factor de vulnerabilidad – ansiógena - para disparar la ansiedad en el lugar de trabajo. (Muschala, Linden, Olbrich, 2010).

Aún así, **en el entorno laboral no solo se producen trastornos de ansiedad general, sino específicas ansiedades que son capaces de generar psicopatología en personas previamente sanas** (Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton y Moffitt, 2007). En trabajadores con trastornos psicósomáticos, la fobia al trabajo se ha logrado diferenciar en el 17% (Muschalla, 2008), así como en el 6% de trabajadores afectados con problemas cardiacos (Linden, Muschalla, Glatz, Herm, Kiwus, Markova, Dirks, 2009).

La **Fobia al Trabajo** no tiene que estar directamente relacionada con algún aspecto específico del trabajo, pudiendo mostrarse de forma indirecta o secundaria en algún otro tipo de afectación orgánica o psicopatología, y con una etiología no estrictamente relacionada con el ámbito laboral, siendo difícil de reconocer y tratar. Es esta 'Fobia al trabajo', un concepto no suficientemente abordado (Haines, Williams, Carson, 2002; Linden, Muschalla, 2007; Muschala, 2009) desde una perspectiva de diagnóstico diferencial. Las personas que pueden estar aquejadas de fobia al trabajo, evitarían afrontar el lugar de trabajo, reaccionando con síntomas de pánico cuando piensan en acercarse al trabajo, y están frecuentemente en baja laboral, mucho más tiempo que los pacientes que sufren de otros trastornos de ansiedad.

Por ejemplo, en la Tesis Doctoral, Muschalla (2008) encuentra como la mitad de los diagnosticados como Depresión, reflejaban un trastorno de ansiedad comórbido, alcanzando el 27% el diagnóstico de fobia al trabajo. El 72% de los pacientes con Ansiedad, reflejaban un alto sufrimiento en el trabajo, pero no muestran esa estrecha relación con la

fobia al trabajo que aparece en los Trastornos Depresivos. El 13% de los pacientes con fobia al trabajo no muestran otro diagnóstico psicopatológico.

No todos los estresores están presentes en todos los entornos laborales, ni lo están todo el tiempo, ni para todos los individuos. *Estos trastornos requerirían otro tipo de intervención*, no solo la prescripción de 'baja laboral' (Haines, Williams, Carson, 2002; Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton, Moffitt, 2007; Muschalla, 2008; Muschala, 2009; Muschala, Linden, 2009; Muschalla, Linden, 2009). El *Modelo Transteórico de Cambio*, propuesto a continuación, podría llegar a ser el marco conceptual apropiado para priorizar las actividades necesarias para lograr intervenciones integrales en el entorno laboral.

De los individuos que reportan ansiedad fóbica relacionada con el trabajo (Haines, Williams, Carson, 2002), más del 30% recurren a la baja laboral, reduciendo sus niveles de excitación psicofisiológicos, simultáneamente al refuerzo de su respuesta de evitación laboral, cuando los individuos con fobia al trabajo reflejan niveles superiores de Somatización, Ansiedad, Depresión, Hostilidad, Ideación Paranoide y Psicoticismo que los sujetos con estrés laboral, o sujetos control.

*Generalmente la recuperación del trabajador se efectúa fuera de la organización, alejada del entorno laboral, ocasionando una división artificial de recursos asistenciales, al desaprovechar la capacidad de intervención clínica en la empresa.* Se requiere, por tanto, una respuesta transdisciplinaria – más que interdisciplinaria – efectiva, que facilite una rehabilitación y recuperación en el lugar de trabajo, principalmente cuando la intervención temprana – en el lugar de trabajo – , reduce el coste del periodo de incapacidad laboral, la moral de la empresa, y los litigios laborales (Kearns, 1997).

La ansiedad es tratable; sin embargo, la terapia cognitivo conductual permanece escasamente utilizada en la práctica clínica (Gunter, Whittal, 2010), y escasamente vinculada al ámbito de la Incapacidad Laboral. Establecer una cuidadosa estrategia de diseminación de las intervenciones y resultados a nivel organizacional, podría ser satisfactorio. Debería, podría, generarse, por tanto, una reflexión en este campo, laboral. Sobre todo, cuando la duración de la discapacidad laboral está asociada con los factores psicosociales en el trabajo, independientemente de la severidad del daño real que se posea (Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, Brand, 2001): un rediseño de las tareas laborales repercutiría en un beneficio del rendimiento laboral y el bienestar de los trabajadores.

Las intervenciones individualizadas y organizacionales para el *Regreso al Trabajo* proporcionan mayor eficacia si contemplan que, la discapacidad funcional, es un proceso que dispone de etapas y fases, a corto y medio plazo (Labriola, 2008). Para una mejor comprensión de la necesidad de programas de regreso al trabajo se requiere nuevos conceptos y estudios que incorporen nuevos elementos de reflexión, y permitan captar como las personas, los trabajadores, pueden moverse entre fases, no en un movimiento lineal (Wasiak, Young, Roesler, McPherson, Van Poppel, Anema, 2007), pero *estableciendo el Regreso al Trabajo como una meta prioritaria del tratamiento o recuperación*.

Aunque el regreso al trabajo no está determinado de forma exclusiva por el estado de su salud mental, es una compleja conducta de decisión individual que se ve impactada por las relaciones sociales, los riesgos asumidos por la permanencia en el estado de baja y el acceso a las prestaciones económicas. Donde la evitación persistente se muestra un factor fuertemente vinculado a la conducta de baja laboral prolongada (Lander, Friche, Tormemand, Andersen, Kirkeskov, 2009).

Para encontrar utilidad en los programas de Retorno al Trabajo deberán conjugarse intervenciones psicoeducativas – concretas, y también globales - , estratégicas, a nivel local, municipal, laboral y social, como se proponen a continuación.

## **BIBLIOGRAFIA.-**

- .- Avtgis, T. A. (1998). Locus of control and persuasion, social influence, and conformity: A meta-analytic review. *Psychological Reports*, 83, 899–903.
- .- Cano-García FJ, Rodríguez-Franco L, López-Jiménez AM. (2009). A Shortened Version of the Headache-Specific Locus of Control Scale in Spanish Population. *Headache*. Dec 21.
- .- Christensen AJ, Howren MB, Hillis SL, Kaboli P, Carter BL, Cvenegros JA, Wallston KA, Rosenthal GE.(2010). Patient and Physician Beliefs About Control over Health: Association of Symmetrical Beliefs with Medication Regimen Adherence. *Journal of General Internal Medicine*, Feb 20
- .- Cross MJ, March LM, Lapsley HM, Byrne E, Brooks PM. (2006) Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure, *Rheumatology*, Jan;45(1):92-6,
- .- Engström LO, Oberg B (2005).Patient adherence in an individualized rehabilitation programme: a clinical follow-up. *Scand J Public Health*.;33(1):11-8
- .- Gunter, R.W., Whittal, M.L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30: 194-202
- .- Haines J, Williams CL, Carson JM. (2002). Workplace Phobia: Psychological and psychophysiological Mechanisms. *International Journal of Stress Management*, 9: 129-145
- .- Hansen, A., Edlund, C., Henningsson, M. (2006). Factors relevant to return to work: a multivariate approach. *Work*, 26: 179-190
- .- Kearns, D. (1997), Collaborative rehabilitation in the workplace. *Occupational Therapy International*, 4, 2, pp. 135–150
- .- Krause, N., Dasinger, L.K., Deegan, L.J., Rudolph, L., Brand, R.J. (2001). Psychosocial job factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 40: 374-392.
- .- Kurita GP, Pimenta CA., (2004) Compliance with the treatment of chronic pain and health control locus *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Sep;38(3):254-61
- .- Labriola, M. (2008). Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level. *Work*, 30: 377-387
- .- Lander, F., Friche, C., Tornemand, H., Andersen, J.H., Kirkeskov, L. (2009). Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders?. *BMC Public Mental Health*, 9: 372

- .- Lefcourt, H. M. (1976). Locus of control: Current trends in theory and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- .- Lefcourt, H. M. (1985). Locus of control for affiliation and behavior in social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 755–759.
- .- Lefcourt, H. M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112, 411– 414.
- .- Lim, D, Sanderson, K., Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3: 139-146.
- .- Linden M, Muschalla B. (2007). Anxiety disorders and workplace-related anxieties, *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 467-474
- .- Linden, M., Muschalla, B., Glatz, J., Herm, K., Kiwus, U., Markova, M., Dirks, S. (2009). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie bei Patienten in der psychosomatischen und kardiologischen Rehabilitation, DRV Bund, Berlin.
- .- Loeppke, R., Taitel, M., Haufle, V., Parry, T., Kessler, R.C., Jinnett, K. (2009). Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 51, 4: 411-428
- .- Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young working women and men. *Psychological Medicine*, 37: 1119-1129
- .- Meng XH, He YH, Yu SF, Qi XY (2008) Relationship between work locus of control and occupational stress in oil workers Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi, Dec;26(12):718-20.
- .- Muschalla B. (2008). Workplace-related Anxieties and Workplace Phobia: A Concept of Domain-specific Mental Disorders. Doctoral Thesis, University of Potsdam, Germany. Date of Oral Examination, 12.08.2008
- .- Muschala, B. (2009). Workplace Phobia. *German Journal of Psychiatry*, Vol. 12 (2009) Issue 1: 45-53
- .- Muschala, B., Linden, M. (2009,a). Workplace phobia- a first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychological Health Medicine*, 14, 5: 591-605
- .- Muschalla B, Linden M. (2009,b) Workplace-related anxiety, workplace phobia and disorders of participation. Versicherungsmedizin. 2009 Jun 1;61(2):63-8
- .- Muschala, B., Linden, M., Olbrich, D. (2010). The relationship between job-anxiety and trait-anxiety. A differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, aceptado para su edición
- .- Ono R, Higashi T, Suzukamo Y, Konno S, Takahashi O, Tokuda Y, Rhaman M, Shimbo T, Endo H, Hinohara S, Fukui T, Fukuhara S. (2008) Higher internality of health locus of control is associated with the use of complementary and alternative medicine providers among patients seeking care for acute low-back pain. Clinical Journal of Pain. Oct;24(8):725-30
- .- Plaisier, I., Beekman, A.T.F., Graaf, R., Smit, J.H., Van Dyck, R., Penninx, B.W. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, aceptado para edición

- .- Presson, P. K., Benassi, V. A. (1996). Locus of control orientation and depressive symptomatology: A metaanalysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 201–212.
- .- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- .- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(Whole No. 609).
- .- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 43, 56-67
- .- Smith L, Jeppesen HJ, Bøggild H (2007). Internal locus of control and choice in health service shift workers. *Ergonomics*. Sep;50(9):1485-502.
- .- Waldron B, Benson C, O'Connell A, Byrne P, Dooley B, Burke T. (2010). Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord*. Jan 12.
- .- Wasiak, R., Young, A.E., Roesler, R.T., McPherson, K.M., Van Poppel, N.M., Anema, J.R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17: 766-781
- .- Watson, D. C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 399–420
- .- Wiegmann, S.M., Berven, N.L. (1998). Health Locus of control beliefs and improvement in physical functioning in a work-hardening, return to work program. *Rehabilitation Psychology*, vol 43, n° 2, 83-100



---

# LOCUS DE CONTROL, ANSIEDAD Y TRABAJO

---

Mario Araña-Suárez  
Antonio Capafons-Bonet  
Javier Martínez-López  
Eugenio Laborda-Calvo

---

El concepto de *locus de control*, derivado de la teoría del aprendizaje social, a partir de Rotter (1954, 1966, 1975) refiere la percepción de control del individuo sobre los resultados y eventos en su propia vida, siendo el control interno una percepción que contrasta con el control externo, desde donde los eventos se contemplan como impredecibles o dependientes de factores ajenos al individuo.

El locus de control juega un papel adaptativo, como estrategia de afrontamiento respecto al dolor, lenguaje interno y autoeficacia del paciente (Cano-García, Rodríguez-Franco, López-Jiménez, 2009; Waldron, Benson, O'Connell, Byrne, Dooley, Burke, 2010). Estudios realizados con sujetos con dolor de espalda, por ejemplo (Wiegmann, Berven, 1998), han mostrado como el locus de control interno esta asociado de forma positiva con el aprendizaje de ejercicios mas efectivos que pueden ser practicados de forma mas elaborada y con mayor frecuencia.

Aquellos individuos con fuerte control interno sobre su propia salud, utilizan con alta y mayor frecuencia medicinas complementarias y alternativas (Ono, Higashi, Suzukamo, Konno, Takahashi, Tokuda, Rhaman, Shimbo, Endo, Hinohara, Fukui, Fukuhara, 2008).

Sin embargo, sujetos con altos niveles de control externo sobre su salud, ocasionan costes mayores al sistema de salud, y disponen de peor pronostico evolutivo (Cross, March, Lapsley, Byrne, Brooks, 2006), reflejan peor adherencia a los tratamientos y peor recuperación (Engström, Oberg, 2005), así como mayores complicaciones con el tratamiento (Kurita, Pimenta, 2004). No solo respecto a la salud, sino también, como locus de control externo laboral, reportan mayores niveles de estrés y depresión (Meng, He, Yu, Qi, 2008). Mostrando como el locus de control es un potente moderador de la conducta general del trabajador (Smith, Jeppesen, Bøggild, 2007).

Es por ello que resultaría de interés y necesidad, poder *evaluar el Locus de Control* de que dispone el paciente, como factor pronostico de su evolución y cumplimiento terapéutico, así como por su influencia en la relación con el sistema de salud (Christensen, Howren, Hillis, Kaboli, Carter, Cvenngros, Wallston, Rosenthal, 2010).

El Locus de Control Interno (LOC) es uno de los constructos que componen la autoevaluación, junto a la autoeficacia, estabilidad emocional y autoestima (Lefcourt, 1976, 1985, 1992). LOC es predictor de bienestar, sobre todo en

individuos con LOC Interno; en relación con desesperanza, psicopatología, depresión, o desordenes de personalidad, los sujetos con LOC Interno disponen de alta motivación laboral, alta motivación al rendimiento, a la satisfacción laboral, al liderazgo (Presson, Benassi, 1996). Estando, *en el ámbito laboral*, LOC interno, asociado (Watson, 1998) con el bienestar general, la satisfacción vital y la salud física; con reacciones afectivas en el trabajo, satisfacción laboral general, comunicación afectiva organizacional, horas trabajadas, intenciones de permanencia laboral; motivación laboral, expectativas de autoeficacia, empoderamiento psicológico: prudencia, autonomía, significatividad de las tareas, feedback laboral; mejor apoyo social percibido, integración social, relaciones con superiores y estrategias de resolución de problemas.

Si bien, el LOC interno podría estar negativamente relacionado con la susceptibilidad a la persuasión (Avtgis, 1998), la cultura organizacional podría contribuir a desarrollar, de forma coherente, el locus de control interno, tratando de eliminar la ambigüedad y las indecisiones organizacionales como factor que puede generar descontrol y desmotivación. Las creencias individuales de los trabajadores, por ello, necesitan ser consideradas, para una vez reconocidas, adecuar el entorno laboral, con las medidas necesarias para una mayor capacidad resolutive organizacional.

Es en este sentido, *no podemos ignorar el papel desempeñado por el locus de control interno*, principalmente relacionado con los procesos cognitivos de autoevaluación del bienestar, la motivación interna, o la orientación cognitiva para mantener el control conductual activo.

Los programas de rehabilitación o recuperación que se facilitan a los trabajadores en Baja Laboral, podrían ser considerados como una oportunidad adecuada para ayudar al cambio de orientación del control, y *dirigidos al aumento del control interno*, ayudando a los individuos a aumentar el control sobre sus propias vidas, facilitando la recuperación, insistiendo en el papel activo disposicional del trabajador, en su recuperación y acercamiento para el regreso al trabajo.

Cuando analizamos las pérdidas de productividad y rendimiento, comprobamos como son mayores a los días de baja laboral; los días de trabajo reducido por ansiedad, consumo de sustancias o trastornos de personalidad, reflejan el doble de días en trabajo reducido, frente a días perdidos por los mismos motivos; los trastornos afectivos, el triple. En este contexto, no olvidemos como menos del 15% de los trabajadores con problemas mentales, busca ayuda (Lim, Sanderson, Andrews, 2000). Reflexionar en que factores psicopatológicos específicos constituyen factores de riesgo para el absentismo y la reducción de la productividad laboral, constituye otra oportunidad para implementar estrategias de prevención que reduzcan las bajas laborales y los descensos de rendimiento entre pacientes afectados con trastornos mentales.

Los factores predictivos más potentes para explicar el regreso al trabajo, están relacionados con las expectativas del individuo, la afectación somática, el sentido de coherencia, y satisfacción con la vida. No hay un solo factor, por tanto, sino múltiples factores que influyen a la decisión de regresar al trabajo (Hansen, Edlund, Henningsson, 2006). En el estudio efectuado por Plaisier, Beekman, Graaf, Smit, Van Dyck, Penninx (2010), a pesar de la remisión del diagnóstico y afectación de los trastornos depresivos, continuaban las bajas laborales asociadas a estos trastornos. No así en los trastornos de ansiedad, donde se produce un descenso del rendimiento y el absentismo.

Es por ello que **la relación entre estado de salud, psicopatología y productividad**, analizada en un apartado anterior de este Programa Nacional, exige que se integren los resultados empresariales con los datos sanitarios, para

poder comprender el impacto real de las intervenciones que se desarrollan. (Loeppke, Taitel, Haufle, Parry, Kessler, Jinnett, 2009).

En este contexto, los desordenes de Ansiedad son un grupo heterogéneo de trastornos que incluyen, por ejemplo, fobias específicas, fobia social, agorafobia y trastornos de pánico, ansiedad generalizada, hipocondriasis y trastornos por somatización. La experiencia clínica permite comprobar como las disfunciones provocadas por ansiedad no siempre afectan todas las partes de la vida del sujeto, y puede estar relacionada de forma exclusiva con el entorno laboral (Linden, Muschalla, 2007). Algunos determinados contextos laborales u organizaciones pueden generar ansiedad, resultando imposible tratar esta afectación en el entorno laboral, por **la inexistencia de alternativas de tratamiento en el ámbito laboral**. La ansiedad laboral puede llegar a ser un problema en si mismo, desde el momento en que existen pacientes que refieren ansiedad relacionada de forma exclusiva con el entorno laboral.

Los Trastornos de Ansiedad relacionados con el trabajo, sin embargo, no muestran una estricta etiología dependiente de las condiciones de trabajo, siendo también reflejo de otras condiciones propias del individuo que se expresan en el lugar de trabajo, resultando necesario – por ello - efectuar un diagnostico diferencial y comórbido de cada afectación individual. Los Trastornos de Adaptación, por ejemplo, podrían estar asociados con los Trastornos de Ansiedad en algunas personas, mientras en otras, aparecer como fenómenos primarios. De cualquier forma, la Ansiedad en el Trabajo puede llegar a ser un fenómeno diferencial, cuya afectación no se extienda al resto de las situaciones sociales del mismo individuo, aunque logre estar presente detrás de afectaciones psicósomáticas.

La ansiedad laboral llega a ser una ansiedad estado, más que un rasgo de ansiedad. Quienes sufren de ansiedad laboral, tienden a evitar el lugar de trabajo al presentar complicaciones somáticas. Aunque un alto grado de ansiedad rasgo puede actuar como un factor de vulnerabilidad – ansiógena - para disparar la ansiedad en el lugar de trabajo. (Muschala, Linden, Olbrich, 2010).

Aún así, **en el entorno laboral no solo se producen trastornos de ansiedad general, sino específicas ansiedades que son capaces de generar psicopatología en personas previamente sanas** (Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton y Moffitt, 2007). En trabajadores con trastornos psicósomáticos, la fobia al trabajo se ha logrado diferenciar en el 17% (Muschalla, 2008), así como en el 6% de trabajadores afectados con problemas cardiacos (Linden, Muschalla, Glatz, Herm, Kiwus, Markova, Dirks, 2009).

La **Fobia al Trabajo** no tiene que estar directamente relacionada con algún aspecto específico del trabajo, pudiendo mostrarse de forma indirecta o secundaria en algún otro tipo de afectación orgánica o psicopatología, y con una etiología no estrictamente relacionada con el ámbito laboral, siendo difícil de reconocer y tratar. Es esta 'Fobia al trabajo', un concepto no suficientemente abordado (Haines, Williams, Carson, 2002; Linden, Muschalla, 2007; Muschala, 2009) desde una perspectiva de diagnóstico diferencial. Las personas que pueden estar aquejadas de fobia al trabajo, evitarían afrontar el lugar de trabajo, reaccionando con síntomas de pánico cuando piensan en acercarse al trabajo, y están frecuentemente en baja laboral, mucho más tiempo que los pacientes que sufren de otros trastornos de ansiedad.

Por ejemplo, en la Tesis Doctoral, Muschalla (2008) encuentra como la mitad de los diagnosticados como Depresión, reflejaban un trastorno de ansiedad comórbido, alcanzando el 27% el diagnóstico de fobia al trabajo. El 72% de los pacientes con Ansiedad, reflejaban un alto sufrimiento en el trabajo, pero no muestran esa estrecha relación con la

fobia al trabajo que aparece en los Trastornos Depresivos. El 13% de los pacientes con fobia al trabajo no muestran otro diagnóstico psicopatológico.

No todos los estresores están presentes en todos los entornos laborales, ni lo están todo el tiempo, ni para todos los individuos. *Estos trastornos requerirían otro tipo de intervención*, no solo la prescripción de 'baja laboral' (Haines, Williams, Carson, 2002; Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton, Moffitt, 2007; Muschalla, 2008; Muschala, 2009; Muschala, Linden, 2009; Muschalla, Linden, 2009). El *Modelo Transteórico de Cambio*, propuesto a continuación, podría llegar a ser el marco conceptual apropiado para priorizar las actividades necesarias para lograr intervenciones integrales en el entorno laboral.

De los individuos que reportan ansiedad fóbica relacionada con el trabajo (Haines, Williams, Carson, 2002), más del 30% recurren a la baja laboral, reduciendo sus niveles de excitación psicofisiológicos, simultáneamente al refuerzo de su respuesta de evitación laboral, cuando los individuos con fobia al trabajo reflejan niveles superiores de Somatización, Ansiedad, Depresión, Hostilidad, Ideación Paranoide y Psicoticismo que los sujetos con estrés laboral, o sujetos control.

*Generalmente la recuperación del trabajador se efectúa fuera de la organización, alejada del entorno laboral, ocasionando una división artificial de recursos asistenciales, al desaprovechar la capacidad de intervención clínica en la empresa.* Se requiere, por tanto, una respuesta transdisciplinaria – más que interdisciplinaria – efectiva, que facilite una rehabilitación y recuperación en el lugar de trabajo, principalmente cuando la intervención temprana – en el lugar de trabajo – , reduce el coste del periodo de incapacidad laboral, la moral de la empresa, y los litigios laborales (Kearns, 1997).

La ansiedad es tratable; sin embargo, la terapia cognitivo conductual permanece escasamente utilizada en la práctica clínica (Gunter, Whittal, 2010), y escasamente vinculada al ámbito de la Incapacidad Laboral. Establecer una cuidadosa estrategia de diseminación de las intervenciones y resultados a nivel organizacional, podría ser satisfactorio. Debería, podría, generarse, por tanto, una reflexión en este campo, laboral. Sobre todo, cuando la duración de la discapacidad laboral está asociada con los factores psicosociales en el trabajo, independientemente de la severidad del daño real que se posea (Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, Brand, 2001): un rediseño de las tareas laborales repercutiría en un beneficio del rendimiento laboral y el bienestar de los trabajadores.

Las intervenciones individualizadas y organizacionales para el *Regreso al Trabajo* proporcionan mayor eficacia si contemplan que, la discapacidad funcional, es un proceso que dispone de etapas y fases, a corto y medio plazo (Labriola, 2008). Para una mejor comprensión de la necesidad de programas de regreso al trabajo se requiere nuevos conceptos y estudios que incorporen nuevos elementos de reflexión, y permitan captar como las personas, los trabajadores, pueden moverse entre fases, no en un movimiento lineal (Wasiak, Young, Roesler, McPherson, Van Poppel, Anema, 2007), pero *estableciendo el Regreso al Trabajo como una meta prioritaria del tratamiento o recuperación*.

Aunque el regreso al trabajo no está determinado de forma exclusiva por el estado de su salud mental, es una compleja conducta de decisión individual que se ve impactada por las relaciones sociales, los riesgos asumidos por la permanencia en el estado de baja y el acceso a las prestaciones económicas. Donde la evitación persistente se muestra un factor fuertemente vinculado a la conducta de baja laboral prolongada (Lander, Friche, Tormemand, Andersen, Kirkeskov, 2009).

Para encontrar utilidad en los programas de Retorno al Trabajo deberán conjugarse intervenciones psicoeducativas – concretas, y también globales - , estratégicas, a nivel local, municipal, laboral y social, como se proponen a continuación.

## **BIBLIOGRAFIA.-**

- .- Avtgis, T. A. (1998). Locus of control and persuasion, social influence, and conformity: A meta-analytic review. *Psychological Reports*, 83, 899–903.
- .- Cano-García FJ, Rodríguez-Franco L, López-Jiménez AM. (2009). A Shortened Version of the Headache-Specific Locus of Control Scale in Spanish Population. *Headache*. Dec 21.
- .- Christensen AJ, Howren MB, Hillis SL, Kaboli P, Carter BL, Cvenegros JA, Wallston KA, Rosenthal GE.(2010). Patient and Physician Beliefs About Control over Health: Association of Symmetrical Beliefs with Medication Regimen Adherence. *Journal of General Internal Medicine*, Feb 20
- .- Cross MJ, March LM, Lapsley HM, Byrne E, Brooks PM. (2006) Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure, *Rheumatology*, Jan;45(1):92-6,
- .- Engström LO, Oberg B (2005).Patient adherence in an individualized rehabilitation programme: a clinical follow-up. *Scand J Public Health*.;33(1):11-8
- .- Gunter, R.W., Whittal, M.L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30: 194-202
- .- Haines J, Williams CL, Carson JM. (2002). Workplace Phobia: Psychological and psychophysiological Mechanisms. *International Journal of Stress Management*, 9: 129-145
- .- Hansen, A., Edlund, C., Henningsson, M. (2006). Factors relevant to return to work: a multivariate approach. *Work*, 26: 179-190
- .- Kearns, D. (1997), Collaborative rehabilitation in the workplace. *Occupational Therapy International*, 4, 2, pp. 135–150
- .- Krause, N., Dasinger, L.K., Deegan, L.J., Rudolph, L., Brand, R.J. (2001). Psychosocial job factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 40: 374-392.
- .- Kurita GP, Pimenta CA., (2004) Compliance with the treatment of chronic pain and health control locus *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Sep;38(3):254-61
- .- Labriola, M. (2008). Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level. *Work*, 30: 377-387
- .- Lander, F., Friche, C., Tornemand, H., Andersen, J.H., Kirkeskov, L. (2009). Can we enhance the ability to return to work among workers with stress-related disorders?. *BMC Public Mental Health*, 9: 372

- Lefcourt, H. M. (1976). Locus of control: Current trends in theory and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lefcourt, H. M. (1985). Locus of control for affiliation and behavior in social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 755–759.
- Lefcourt, H. M. (1992). Durability and impact of the locus of control construct. *Psychological Bulletin*, 112, 411– 414.
- Lim, D, Sanderson, K., Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3: 139-146.
- Linden M, Muschalla B. (2007). Anxiety disorders and workplace-related anxieties, *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 467-474
- Linden, M., Muschalla, B., Glatz, J., Herm, K., Kiwus, U., Markova, M., Dirks, S. (2009). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie bei Patienten in der psychosomatischen und kardiologischen Rehabilitation, DRV Bund, Berlin.
- Loeppke, R., Taitel, M., Haufle, V., Parry, T., Kessler, R.C., Jinnett, K. (2009). Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 51, 4: 411-428
- Melchior M, Caspi A, Milne BJ, Danese A, Poulton R, Moffitt TE. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young working women and men. *Psychological Medicine*, 37: 1119-1129
- Meng XH, He YH, Yu SF, Qi XY (2008) Relationship between work locus of control and occupational stress in oil workers Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi, Dec;26(12):718-20.
- Muschalla B. (2008). Workplace-related Anxieties and Workplace Phobia: A Concept of Domain-specific Mental Disorders. Doctoral Thesis, University of Potsdam, Germany. Date of Oral Examination, 12.08.2008
- Muschala, B. (2009). Workplace Phobia. *German Journal of Psychiatry*, Vol. 12 (2009) Issue 1: 45-53
- Muschala, B., Linden, M. (2009,a). Workplace phobia- a first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychological Health Medicine*, 14, 5: 591-605
- Muschalla B, Linden M. (2009,b) Workplace-related anxiety, workplace phobia and disorders of participation. Versicherungsmedizin. 2009 Jun 1;61(2):63-8
- Muschala, B., Linden, M., Olbrich, D. (2010). The relationship between job-anxiety and trait-anxiety. A differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, aceptado para su edición
- Ono R, Higashi T, Suzukamo Y, Konno S, Takahashi O, Tokuda Y, Rhaman M, Shimbo T, Endo H, Hinohara S, Fukui T, Fukuhara S. (2008) Higher internality of health locus of control is associated with the use of complementary and alternative medicine providers among patients seeking care for acute low-back pain. Clinical Journal of Pain. Oct;24(8):725-30
- Plaisier, I., Beekman, A.T.F., Graaf, R., Smit, J.H., Van Dyck, R., Penninx, B.W. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, aceptado para edición

- .- Presson, P. K., Benassi, V. A. (1996). Locus of control orientation and depressive symptomatology: A metaanalysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 201–212.
- .- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- .- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(Whole No. 609).
- .- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 43, 56-67
- .- Smith L, Jeppesen HJ, Bøggild H (2007). Internal locus of control and choice in health service shift workers. *Ergonomics*. Sep;50(9):1485-502.
- .- Waldron B, Benson C, O'Connell A, Byrne P, Dooley B, Burke T. (2010). Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord*. Jan 12.
- .- Wasiak, R., Young, A.E., Roesler, R.T., McPherson, K.M., Van Poppel, N.M., Anema, J.R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17: 766-781
- .- Watson, D. C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 399–420
- .- Wiegmann, S.M., Berven, N.L. (1998). Health Locus of control beliefs and improvement in physical functioning in a work-hardening, return to work program. *Rehabilitation Psychology*, vol 43, n° 2, 83-100



---

# MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

---

Mario Araña-Suárez  
Juan José Álvarez-Sanz  
Ignacio Ibáñez-Fernández

---

La mayoría de las tentativas para implementar cambios organizacionales no resultan satisfactorias debido a que los principios y conocimientos acerca de la psicología del cambio organizacional, son ignorados o violados (Winum, Ryterband, Stephensen, 1997; Prochaska, Prochaska, Levesque, 2001). A pesar de que, los mayores obstáculos para la implementación de cambios organizacionales, son debidos a las resistencias humanas (Lawrence, 1986; Numerof & Abrams, 1994; Waddell & Sohal, 1998).

Resultaría necesario, por ello, disponer de marcos teóricos que nos permitan conocer la forma en que se producen los cambios, y nos ayuden a reconocer las multifacetas que adopta la *resistencia humana*, un factor multidimensional que dispone de elementos no constructivos, pero simultáneamente pueden llegar a resultar agradables, para muchas personas (Bridges, 1986; Lewin, 1952; Mauer, 1996; Szabla, 2007); un comportamiento complejo, generado por interacciones donde confluyen diversas dimensiones emocionales, intencionales, cognitivas, y comportamentales, que pueden lograr obstaculizar los procesos de cambio.

Y cuya presentación, no siempre es uniforme ni continua, pudiendo disponer de elementos evocadores de ambigüedad y ambivalencia simultánea en las situaciones, en cada sujeto o grupos, reflejando la existencia de diferencias en la percepción de cada individuo o sector organizacional: los líderes, por ejemplo, respecto a la de los trabajadores, o en cada uno de estos grupos laborales, en cada momento o en situaciones aisladas, y ante cada iniciativa propuesta o en su conjunto.

En ocasiones, como algunos autores manifiestan, parece que en una organización podría convivir un 'cinismo organizacional' - que transforma en intereses particulares exclusivos, la sinceridad y honestidad del cambio (Abraham, 2000; Brown, Cregan, 2008) -, con un 'escepticismo' (Cole Bruch, Vogel, 2006) individual y organizacional, que obliga a una actividad de balanceo continuo de movimientos psíquicos y comportamientos, iniciativas y actividades, que pueden estar oscilando entre la respuestas a la 'resistencia al cambio', y la 'presión para el cambio' (Bigelow, 1982; Szabla, 2007), o su obstaculización.

En este contexto, incorporar elementos aislados, como los relacionados con justicia, o reciprocidad organizacional y decisional, resultan ser factores que multiplican el *compromiso con el cambio* (Foster, 2010), cuando modificamos la perspectiva de análisis, y en lugar de contemplar las resistencias al cambio como factor exclusivo, proponemos el

estudio reflexivo y científico sobre las respuestas, estados o fases, que incorporan o recorren los implicados en el cambio (Piderit, 2000).

El *Modelo Transteórico de Cambio*, en este sentido, facilita una serie de conceptos y propuestas para la comprensión de la tendencia dinámica natural que los individuos – y grupos - recorren en su proceso de cambio (Petrocelli, 2002); a través de procesos, estados y niveles o fases de cambio, las personas, de forma no siempre visible – pero sí constatable - vamos integrando una serie de constructos teóricos centrales para la preparación y recorrido del cambio: desde los estado de cambio, el balance decisional (Janis y Mann, 1977), a los procesos de cambio.

La fase preliminar de *Preparación al Cambio*, en ocasiones denominada como un proceso de "Toma de – pequeñas - Decisiones", repercute en conductas y acciones necesarias para el cambio (Prochaska y DiClemente, 1984, 1986, 1992; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; DiClemente y . Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, Rossi, 1991; Prochaska, Norcross, 1994; Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, Abrams, 1991; Prochaska, Rossi, Wilcox, 1991; Prochaska, Velicer, DiClemente, Fava, 1988; Prochaska, Wright, Velicer, 2008)

El primer requisito en este proceso, es la *Apertura a la Experiencia* (Bowles, 2006), que permita al individuo reconocer que la reflexión sobre el cambio es posible, adquiriendo flexibilidad, apertura y aceptación de posibles cambios, así como reconociendo las discrepancias que pudieran existir entre su estado actual y el futuro. Para realizar el cambio organizacional, por ello, es necesario motivar previamente y preparar para esta Apertura al cambio. Resulta esencial, por tanto, que los gestores, supervisores, líderes y entornos laborales, profesionales, y organizacionales, conozcan y comprendan como crear una buena – y necesaria - disposición al cambio (Prochaska, Prochaska, Levesque, 2001; Bernerth, 2004; Cummings, Worley, 2005).

Una buena – y necesaria - disposición al cambio, es algo más que entender el cambio y sus componentes, o que creer en las posibilidades del cambio; depende, más, de una compleja red de intenciones que facilitan el desarrollo de esfuerzos dirigidos a efectuar los cambios (Backer, 1995), implicando la necesidad de extender la capacidad de transformación satisfactoria de los individuos y organizaciones, generando información y comunicación continua, dirigida a la participación activa de los implicados en las transformaciones (Prochaska, Prochaska, Levesque, 2001; Madsen, Miller, John, 2005).

El mayor aporte, quizás, del Modelo Transteórico de Cambio Organizacional es que provee de perspectivas para el *cambio grupal además del individual*. Aunque existen otras propuestas, como el Modelo de Acción por Fases, (Gollwitzer, 1993; Heckhausen's, 1991; Gollwitzer y Sheeran, 2006), que postula la existencia de dos fases principales en el desarrollo de la conducta: la fase de motivación que culmina en la formación de una intención conductual, y la fase volitiva que traslada la motivación a la acción.

Sin embargo, en relación al Modelo Trasteórico de Cambio, encontramos como la fase motivacional significaría los estados de Precontemplación, Contemplación y Preparación al Cambio, mientras que los estados de Acción y Mantenimiento corresponderían de forma equivalente a la fase Volitiva (Armitage, 2009).

Para el Modelo Transteórico de Cambio, *las personas evolucionan a través de cinco estados* a la hora de modificar su conducta, tanto desde un punto de vista individual propio, o desde la implementación externa de cambios: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento. El cambio es un fenómeno dinámico y abierto

(Heckhausen, 1991). Estos cinco estadios o etapas estructurales, dimensiones evolutivas o temporales por los que atraviesa un individuo en el proceso de cambio, existen, independientemente de la posibilidad de que puedan ser recorridos varias veces, en su conjunto, o por algunas de las etapas precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En el estado de *Precontemplación*, los individuos no piensan en modificar su conducta, ni reflexionan en la existencia de alguna clase de problema. En *Contemplación*, existe conciencia de un problema, y se considera la posibilidad de cambiar, en cualquier momento. En esta etapa coexisten sentimientos de ambivalencia y contradicción, que pueden atascar a los individuos en esta fase durante periodos temporales extremos. En *Preparación*, se formulan intenciones de cambio y se ejecutan de forma provisional o tentativa algunas conductas. En *Actuación*, se produce la modificación de conducta decidida y sostenida. En *Mantenimiento*, se consolidan los logros, y se trabaja en la prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento.

En la fase de Precontemplación, los trabajadores no están interesados en el trabajo, ni lo consideran parte de las necesidades vitales, estando centrados exclusivamente en la recuperación de su salud, o en las variables que determinan la prolongación de su baja laboral (Li-Tsang, Chan, Lam, Lo-Hui, y Chan, 2007). Las fases posteriores a la Precontemplación, podrían vincularse de forma precisa al Regreso al Trabajo (Franche y Krause, 2002), tras evaluación de las necesidades de empresa, trabajadores, sindicatos, y sociedad.

Los niveles de acción se incrementan desde que el individuo progresa hacia niveles más altos de cambio. Principalmente, cuando el cambio se produce de Precontemplación a Acción; sin embargo, incrementos de actividad son menores cuando pasa de Precontemplación a Contemplación, sugiriendo (Marshall, Biddle, 2001) que la transición entre estados inactivos esta asociada a la presencia de moderadores. Por ejemplo, de Contemplación a la Preparación al Cambio es el paso que refleja menor incremento en la variable autoeficacia; la autoeficacia, podría mostrarse de forma discontinua entre estados; los cambios entre estados podrían adoptar un modelo en espiral, o no lineal de evolución.

Investigaciones efectuadas sobre estas fases y estados de cambio, encuentran que el 40% de los individuos que no han iniciado el cambio y están preparando la acción, se encuentran en estado Precontemplativo, el 40% en Contemplativo, y solo un 20% en Preparación (Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons, Pierce, 1995; Laforge, Velicer, Richmond y Owen, 1999).

Un *error común* que cometen los líderes organizacionales es pensar que como ellos son conscientes de las características del cambio y su necesidad, las demás personas están preparadas para la acción, de la misma forma. Resultando, finalmente, que deben tratar de imponer sus iniciativas de cambio a los trabajadores, no estando el contexto organizacional preparado. El tiempo empleado en organizar la implementación de estrategias para el cambio, así como en la difusión de la necesidad de efectuar cambios, es tiempo de progreso de la evolución y salto de estados, favoreciendo y reduciendo el deterioro originado por los cambios. Imponer los cambios con fuerza de autoridad, significa generar oposición al cambio.

Si solo el 20% de los trabajadores en una organización, llegan a estar preparados para entrar en acción, no debería resultar sorprendente que la mayoría de las iniciativas propuestas, pudieran fracasar. Reflexionemos, de ejemplo: las personas en estado de Precontemplación y Contemplación, entenderían las propuestas de cambio como una imposición, pudiendo responder con fuerzas de resistencia a la acción promotora de cambio.

Cuando la mayoría de la organización se encuentra en estado Precontemplativo o Contemplativo, **las organizaciones necesitan preparar a sus empleados para crear las condiciones de cambio**: las intervenciones dirigidas a la buena disposición para el cambio, reducen la resistencia, el estrés, el tiempo necesario para implementar transformaciones, y aceleran la llegada de los estados de acción, facilitando la incorporación de los trabajadores en la participación e implementación del proceso de cambio. En la etapa de Precontemplación, por ejemplo, resultaría adecuado – y necesario - **preguntar al sujeto** por las razones de no efectuar o participar en los cambios que se proponen.

El cambio no es un evento aislado, sino un proceso (Alvarez, 2008); el proceso de aprendizaje debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo. El Modelo Transteórico de Cambio, dispone de dos dimensiones centrales para este aprendizaje: las etapas y procesos de cambio. Las etapas de cambio se refieren a aspectos temporales, motivacionales, y a la constancia del cambio; los procesos de cambio son aquellas actividades que tienen lugar entre etapas. Las personas hacen los cambios de conductas en etapas, y se mueven en forma secuencial a través de estadios mientras experimentan diferentes procesos de cambio.

La recaída es otro factor a considerar, entendida como un retroceso en las etapas, que ocurre frecuentemente en la **dinámica evolutiva del cambio**: un recorrido, generalmente, **en espiral**, ascendente, continuo, para la gran mayoría de los individuos; aunque exista algún porcentaje que se atasca, y ofrece alta resistencia posterior al progreso, las recaídas no son un reflejo del funcionamiento en círculo: no se produce una regresión absoluta al comienzo, sino una transformación dinámica en espiral.

## BIBLIOGRAFIA.-

- .- Abraham, R. (2000). Organizational cynicism: Bases and consequences. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126, 269–292.
- .- Armitage, C. (2009). Is there utility in the transtheoretical model ?. *British Journal of Health Psychology* 14. 195-210
- .- Backer, T. E. (1995). Assessing and enhancing readiness for change: Implications for technology transfer. In T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer* (pp. 21–41). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- .- Bernerth, J. (2004). Expanding our understanding of the change message. *Human Resource Development Review*, 3 (1), 36–52.
- .- Bigelow, J (1982) A Catastrophe Model of Organizational Change , *Behavioral Science*, 27:1 , p.26
- .- Bowles, T.V. (2006). The Adaptative Change Model: an advance on the Transtheoretical Model of Change. *The Journal of Psychology*, 140 (5): 439-457
- .- Bridges, W. (1986). Managing organizational transitions. *Organizational Dynamics*, 75(1), 24–33
- .- Brown, M., Cregan, C. (2008) Organizational change cynicism: the role of employee involvement .*Human Resource Management*, Winter 2008, Vol. 47, No. 4, Pp. 667–686
- .- Cole, M. S., Bruch, H., & Vogel, B. (2006). Emotion as mediators of the relations between perceived supervisor support and psychological hardiness on employee cynicism. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 463–484.

- .- Cummings, T. G., Worley, C. G. (2005). *Organization development and change*. Madison, WI:Thomson South-Western
- .- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142
- .- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., Rossi, J.S.(1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 295-304
- .- Foster, R. (2010). Resistance, Justice, and Commitment to Change *Human Resource Development Quarterly*, vol. 21, no. 1, Spring 2010
- .- Gollwitzer, P M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185
- .- Gollwitzer, P. M., Sheeran, P (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119
- .- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Berlin: Springer
- .- Janis, I.L., Mann, I. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York, Free Press.
- .- Laforge, R.G., Velicer, W.F., Richmond, R.L., & Owen, N. (1999). Stage distributions for five health behaviors in the USA and Australia. *Preventive Medicine*, 28, 61–74
- .- Lawrence, P. R. (1986). How to deal with resistance to change. *Harvard Business Review*, pp. 49–57.
- .- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. New York: HarperCollins.
- .- Madsen, S., Miller, D., John, C.R. (2005). Readiness for Organizational Change: Do Organizational Commitment and Social Relationships in the Workplace Make a Difference?. *Human Resource Development Quarterly*, vol. 16, no. 2, Summer 2005
- .- Mauer, R. (1996). Using resistance to build support for change. *Journal of Quality and Participation*, 19(3), 56–63.
- .- Numerof, R. E., Abrams, M. N. (1994). How to prevent the coming failure of quality. *Quality Progress*, 27(12), 93–97.
- .- Petrocelli, J.V. (2002). Processes and Stages of Change: Counseling with the Transtheoretical Model of Change. *Journal of Counseling and Development*, vol 80, winter.
- .- Piderit, S. K. (2000). Rethinking resistance and recognizing ambivalence. A multidimensional view of attitudes toward organizational change. *Academy of Management Review*, 25, 783–794.
- .- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.

- .- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin.
- .- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1986). *The transtheoretical approach*. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 163–200). New York: Brunner/Mazel.
- .- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992). *The transtheoretical approach*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300–334). New York: Basic Books.
- .- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- .- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- .- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. I., Abrams, D.B. (1991). Attendance and outcome in a work site weight control program: Processes and stages of change as processes and predictor variables. *Addictive Behaviors*, 17, 35–45.
- .- Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Wilcox, N. S. (1991). Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 103–120.
- .- Prochaska, J. O., Velicer, W. E, DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520–528.
- .- Prochaska J.M., Prochaska,J.O., Levesque,D.A. (2001). A Trastheoretical approach to changing organizations. *Administration and Policy in Mental Health*, vol.29, n° 4, March
- .- Prochaska, J. O., Wright, J.A., Velicer, W. E. (2008) Evaluating Theories of Health Behavior Change: A Hierarchy of Criteria Applied to the Transtheoretical Model. *Applied Psychology: an International Review*, 2008, 57(4), 561–588
- .- Szabla, D.B.(2007). A Multidimensional View of Resistance to Organizational Change: Exploring Cognitive, Emotional, and Intentional Responses to Planned Change Across Perceived Change Leadership Strategies *Human Resource Development Quarterly*, vol. 18, no. 4, Winter
- .- Velicer, W.F., Fava, J.L., Prochaska, J.O., Abrams, D.B., Emmons, K.M., & Pierce, J.P. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401–411.
- .- Waddell, D., Sohal, A. S. (1998). Resistance: A constructive tool for change management. *Management Decision*, 36(8), 543–548
- .- Winum,P.,Ryterband, E.,Stephensen,P.(1997). Helping organizations change: a model for guiding consultation. *Consulting Psychology Journal: practice and Research*, 49: 6-16



---

# REGRESO AL TRABAJO:

---

UNA INTERVENCIÓN BIO - PSICO – JURIDICO – SOCIAL  
ESTRATÉGICA – NECESARIA  
PARA LA RESOLUCIÓN DE LA I.L.T. POR SALUD MENTAL

---

Mario Araña-Suárez  
Eugenio Laborda-Calvo  
Ricardo Cámara-Anguila

---

Desde 2004, un grupo de investigadores, representando a veinte instituciones procedentes de ocho países y tres continentes, se reunieron para tratar de desarrollar investigaciones en relación al Regreso al Trabajo de los trabajadores en Baja Laboral, con el objetivo de revisar la investigación previa disponible, y la finalidad de establecer propuestas para su desarrollo futuro. Desde entonces, la profundización científica, organizacional, y socio-política efectuada en el ámbito del Regreso al Trabajo, es abundante en numerosos países de Asia, Europa, o América del Norte, pero no así en España.

Entre las conclusiones presentadas de forma posterior en Massachusetts, en **Marzo de 2005**, los científicos y profesionales convocados desde el año anterior, mostraron algunos acuerdos básicos de consenso para su difusión y profundización futura en el área (Pransky, Gatchel, Linton, Loisel, 2005). Conceptos como 'Baja Laboral', 'Discapacidad Funcional', 'Regreso al Trabajo', 'Factores Psico-sociales Laborales', fueron sometidos a debate, con el fin de determinar un marco global de acción al respecto.

Bajo la denominación de '**Regreso al Trabajo**', por ejemplo, en aquellos lugares donde se ha profundizado, se constata una definición amplia de partida, sobre la cual es todavía difícil de alcanzar un acuerdo final que concrete de forma unitaria qué constituye realmente un Programa o concepto como el 'Regreso al Trabajo' satisfactorio, para todo tipo de organizaciones, situaciones, afectación o trabajadores. Sin embargo, el Regreso al Trabajo está conceptualizado como un proceso, a la vez que como un resultado, susceptible de implementaciones particulares por

sectores empresariales y modalidades, en función de determinados parámetros que deben y pueden ser evaluados, a partir de los tipos de medidas que se apliquen en cada modalidad organizacional, a trabajadores.

Si el término '*Baja Laboral*' ofrece la ventaja de estar operativamente definido, regulado, y es susceptible de ser evaluado mediante informes administrativos que ofrecen información relevante para el análisis general o la intervención asistencial inmediata, otros conceptos relacionados como '*Discapacidad funcional*' requieren la aplicación de medidas que nos faciliten información acerca de la intensidad y tipo de la afectación, número y clase de recursos asistenciales necesarios, además de otras medidas de compleja determinación, o correlación. Por ejemplo, algunos trabajadores podrían presentar discapacidad funcional, incluso dolor de relativa intensidad, permaneciendo en el trabajo – presentismo -, siendo necesario evaluar en estos casos la satisfacción laboral, la habilidad y capacidad funcional, o los niveles de estrés detectados o percibidos en su estancia laboral, y vida personal.

Respecto a los '*Factores Psicosociales*', históricamente reconocidos como determinantes de impacto para la conducta, motivación y decisión de regresar al trabajo, se requiere una perspectiva que incluya tanto elementos de carácter interno, como externos al individuo, así además de la interacción mutua que ejercen respecto al acceso o Regreso al Trabajo como conducta finalista. Por ejemplo, el estrés laboral, la flexibilidad laboral y otros factores organizacionales y comunicacionales, ajustes realizados y necesarios para la optimización del trabajo, como pueden ser la identificación de factores de riesgo psico-sociales, el desarrollo de nuevos métodos y formatos para clarificar los contenidos de las intervenciones laborales u organizacionales realizadas, o las oportunidades y facilidades para el desarrollo de competencias y adherencia al trabajo, constituyen elementos que requieren un análisis y determinación, aislada, y en conjunto.

Existe, por otra parte, una importante y prácticamente exclusiva presencia e influencia del paradigma y modelo, institucional y asistencial, biomédico (Schultz, 2008), frente a pequeños avances recientes que enfatizan la necesidad de implementar enfoques bio-psico-sociales integrales, para comenzar una reflexión serena respecto a esta alternativa terapéutica internacional incipiente de *Regreso al Trabajo*, para los trabajadores aquejados de problemas de salud mental. Principalmente, cuando el diagnóstico – necesario -, no es suficiente para un cuidado de salud aceptable, sobre todo cuando la descripción de la limitación funcional es legalmente un requisito.

Hasta ahora, los tratamientos se producen en lugares asistenciales-sanitarios-clínicos-hospitalarios, exclusivamente. Estos entornos, sin embargo, no afectan a los factores organizacionales que llegan a ser críticos en el estado y en la recuperación del paciente. Es por ello que, la *exposición gradual al trabajo* como estrategia interna en Programas para el Regreso al Trabajo, se ha empleado con éxito, para optimizar la recuperación ( Durand, Loisel, 2001; Grunert, Devine, Smith, Matloub, Sanger, Yousif, 1992; Grunert, Matloub, Sanger, Yousif, 1990).

Aunque carecemos de un modelo articulado específico que aplicar instantáneamente - caso de que fuera posible definirlo de forma inequívoca -, parece posible, y necesario, al menos, un modelo integrador con presencia de múltiples profesionales desde una perspectiva bio-psico-jurídica-social, incorporando cada una de las disciplinas sus prioridades esenciales en forma de taxonomía general orientada al desarrollo de la productividad y el bienestar de los trabajadores.

Si bien la naturaleza de la discapacidad es multidimensional, pudiendo definirse la discapacidad laboral de forma múltiple - incluyendo tiempo fuera del trabajo, reducción de productividad, limitaciones funcionales propias de la condición clínica, ...-, sería necesario un *concepto transdisciplinario* que abarcara un modelo de salud y

funcionamiento, laboral y personal, que contemple de forma integral las variables presentes en el proceso salud-discapacidad funcional-laboral (Schultz, 2008), y recuperación.

La efectividad del regreso al trabajo dependería de lo bien reflexionadas que lleguen a estar las oportunidades, alternativas y obstáculos o barreras existentes en cada nivel, en las organizaciones laborales. [El *Modelo Transteórico de Cambio*, propuesto en otro apartado anterior de este Programa Nacional, se perfila como un referente conceptual necesario para establecer y reconocer prioridades en cada momento]. Introducir condiciones psicosociales mejores, reduce el riesgo de baja laboral. Si estas mejoras se implementan o acompañan con estrategias para el regreso al trabajo, el lugar de trabajo podría alcanzar el mayor nivel de adecuación para la recuperación del individuo afectado, sobre todo cuando el reingreso al trabajo, en la modalidad actual, finalizando la Baja Laboral, no está asociado directamente con la solución completa de los problemas de salud mental (St-Arnaud, Borubonnais, Saint-Jean, Rheume, 2007) del trabajador.

Si bien es cierto la inexistencia de un corpus uniforme y metodológicamente robusto, respecto a esta estrategia, debido a la diversidad de alternativas propuestas bajo la denominación '*Exposición Graduada al Trabajo*', el 'Regreso al Trabajo', supone una forma especializada de clarificar las obligaciones respecto a horas de trabajo, expectativas y obligaciones asociadas al desempeño del puesto, de una forma paulatina que incremente la presencia del trabajador en la organización, hasta alcanzar el regreso al horario y tareas completas en los niveles que disponía previamente a su baja laboral (Durand, Loisel, 2001)

El centro de trabajo en si mismo puede constituir - y ser utilizado - como lugar para la recuperación del trabajador, mediante la aplicación de *Programas para el Regreso al Trabajo* con efecto terapéutico, incluyendo estrategias de intervención dirigidas a la recuperación de los trabajadores en el lugar de trabajo, y aplicadas estas intervenciones por profesionales especialmente cualificados, aprovechando la intervención de supervisores y compañeros de trabajo, así como los recursos de las organizaciones empresariales para facilitar la incorporación paulatinamente del trabajador a sus tareas habituales, durante un periodo determinado, en función de los progresos adquiridos en su *Programa de Recuperación Funcional Pautado*.

Distintos programas que ofrecen gestión de intervenciones de tipo ergonómico y de carácter rehabilitador, aplicando exposición graduada al trabajo, reflejan resultados apreciables que muestran como los trabajadores disminuyen sus niveles de malestar, áreas de discapacidad, intensidad y persistencia de dolores diversos (Durand, Loisel, 2001), así como la cantidad y tipo de litigios administrativos y judiciales, reingresando al trabajo, después de un periodo de baja laboral, de forma casi tres veces más rápida que los sujetos sin intervención, los cuales no se incorporan hasta pasado - de media - un año de baja (Loisel, Durand, Abenhaim, Gosselin, Simard, Turcotte, Lemaire, 1997; Fordyce, 1995).

Qué tratamiento, qué tipo de recuperación y rehabilitación, qué estrategias asistenciales, qué tipo de profesionales, qué tipo de compensaciones, qué tipo de jurisdicción, qué factores determinan y de que forma el *Proceso de Regreso al Trabajo*, la naturaleza multidimensional del Regreso al Trabajo, los factores de riesgo existentes, y diferenciando marcadores de riesgo o indicadores causales, son aspectos a considerar.

La investigación científica disponible, nos indica que la introducción de fundamentados programas de intervención laboral basados en multicomponentes - multifactoriales, reduce los riesgos psicosociales, aumenta el bienestar y la salud mental de los trabajadores, disminuyendo la incidencia de desordenes crónicos (Mills, Kessler, Cooper, Sullivan, 2007; [Goetzel](#), [Roemer](#), [Short](#), [Pei](#), [Tabrizi](#), [Liss-Levinson](#), [Samoly](#), [Luisi](#), [Quitoni](#), [Dumanovsky](#), [Silver](#), [Ozminkowski](#),

2009; [Bethge](#), [Herbold](#), [Trowitzsch](#), [Jacobi](#), 2010; [Fan](#), [McLeod](#), [KoeHoorn](#), 2010; [Clay](#), [Newstead](#), [Watson](#), [McClure](#), 2010)

Entre los cambios necesarios para un desarrollo inmediato y estratégico que habría que implementar para el Regreso al Trabajo, entre los múltiples aspectos disciplinares unificados requeridos, para un nuevo marco conceptual (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, Sinclair, 2001) relacionado con la salud mental – salud mental, laboral -, tendríamos aspectos vinculados con la definición y la medida de resultados, así como con las condiciones de salud.

Qué consideramos por *discapacidad funcional relacionada con el trabajo*, qué niveles de severidad existirían, por cuanto tiempo, de qué manera, qué límites funcionales deberían no traspasarse, ..., son aspectos esenciales a analizar, respecto al impacto de la discapacidad funcional, en relación a los resultados que vienen mostrando los Programas para el Regreso al Trabajo, en diferentes grupos poblacionales, organizaciones, para distintas afectaciones y sectores económicos, evaluando la eficacia y eficiencia de los programas de intervención y las políticas generales establecidas para ayudar a los trabajadores a mantener su rol profesional, los sistemas de compensación regulados, a la vez que mejores niveles de salud y bienestar.

Reflexionar en torno a la *salud mental en el lugar de trabajo*, es un tema frecuentemente evitado por los empresarios y supervisores, debiendo disponerse de protocolos estructurados en el lugar de trabajo, para poder debatir acerca del alcance e impacto que logra alcanzar el trabajo sobre la salud mental.

Sin embargo, como muestran los estudios ya existentes, invertir modestos recursos económicos para coordinar la intervención sanitaria con ajustes laborales adecuados a los trabajadores afectados en su salud, origina beneficios pronunciados, entre otros, una reducción del 95% de los gastos médicos incorporados a la recuperación de la salud. ((Van Oostrom, Anema, Terluin, Venema, de Vet, Van Mechelen, 2007; [Dowd](#), [McGrail](#), [Lohman](#), [Sheasby](#), [O'Connor](#), [Calasanz](#), [Gorman](#), [Parente](#) 2010)

En estas diferencias, inciden los siguientes factores: conocimiento acerca de la depresión, rol que se desempeña y responsabilidad que se dispone en el contexto laboral, así como percepción de las fronteras o límites de cada rol laboral ([Hauck](#), [Chard](#). 2009), entre otros factores pergeñados en apartados anteriores de este Programa Nacional: *Psicopatología, Discapacidad y Trabajo*, o en *Locus de Control, Ansiedad y Trabajo*.

La necesidad de un consenso entre Empresa, trabajador, y sistema social; la existencia de un coordinador y un trabajador social que identifican barreras y obstáculos para el Regreso al Trabajo, mediante entrevistas separadas, primeramente; de forma posterior, reuniones grupales conjuntas, tendentes a la búsqueda de acuerdos de resolución, con el asesoramiento legal presente.

Los estilos de gestión y liderazgo tienen una gran repercusión sobre el nivel de discapacidad y las bajas laborales. Aunque hay una gran variabilidad en la información que los trabajadores refieren como cualidades de los supervisores en función de distintos tipos de organizaciones y personas (Aas, Ellingsen, Lindoe, Moller, 2008). Por lo tanto la estructura organizacional y la cultura propia de cada contexto laboral, deben ser analizadas. La habilidad de un liderazgo aceptable parece estar relacionada con el ajuste a situaciones concretas.

Dos, parecen ser las *cualidades más solicitadas en los líderes y coordinadores*, en relación al regreso al trabajo: la

resolución de problemas y el carácter protector; aquellos que ofrecen apoyo emocional, ayuda instrumental, e información detallada. La satisfacción laboral, el estatus laboral, la calidad de vida, el estatus funcional, intensidad del dolor, fobias y temores a la intervención asistencial recibida, han mostrado resultados significativos, cuando han sido analizados los factores psicosociales.

El bajo apoyo social puede influir en la evolución de la propia enfermedad, provocando efectos adversos en la misma, además de resultar otra variable influyente en el regreso al trabajo. Las expectativas propias de autorrecuperación están relacionadas con el regreso al trabajo (Turner, Franklin, Turk, 2000; Linton, 2000; Schultz, Crook, Meloche, Berkowitz, Milner, Zuberbier, Meloche, 2004; Heymans, de Vet, Knol, Bongers, Koes, van Mechelen, 2006). Favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar, junto con el fomento de las responsabilidades laborales, permite reducir los periodos de absentismo laboral ([Lidwall](#), [Marklund](#), [Voss](#), 2010)

Ayudar a las personas a mantener su nivel de productividad, y salud, requiere reconocer los vínculos entre su estado de bienestar, nivel de empleo y servicios asistenciales laborales existentes (Bee, Bower, Gilbody, Lowell, 2010). El *regreso parcial al trabajo* podría representar un buen eslabón intermedio para la recuperación total del trabajo y su regreso completo. La prevención terciaria ya ha sido documentada como una orientación principal en abordamientos cognitivo-conductuales, enfocados hacia la resolución de problemas, y estrategias de gestión del estrés centradas en el individuo, pero no focalizadas en la relación de los compañeros de trabajo, ni en el propio entorno laboral (Briand, Durand, St-Arnaud, Corbiere, 2007).

Reducir los riesgos psicosociales, favorece el regreso al trabajo en menor tiempo y mejores condiciones, ayudando a la reducción del miedo, catastrofismo, sensación y percepción de dolor, control, ansiedad, conductas evitativas ([Wideman](#), [Adams](#), [Sullivan](#), 2009). Los programas de Regreso al Trabajo, en términos clínicos, permitirían intervenir en diversas líneas: a nivel de percepciones o cogniciones, reduciendo miedos y aprensiones e incrementando capacidades; promoviendo la reactivación de hábitos laborales; y actuando en los contextos laborales, promoviendo un discurso y acción coherente de todos los implicados en la relación laboral, recuperando niveles de cohesión entre los aspectos administrativos y sanitarios, ya que esta modalidad asistencial inexistente en España hasta la fecha, junto a las actuales interferencias e incoherencias en estos niveles, generan una espiral de abandono, descontrol y desmotivación, provocando angustia laboral, individual, y social.

Al incidir en la *búsqueda y detección de predictores* relacionados con el Regreso al Trabajo, los estudios parecen centrados en el apoyo de supervisores, y compañeros, o la identificación profesional (Post, Krol, Groothoff, 2005). En pacientes con dolor crónico, esta pesquisa efectuada, ha profundizado más en otro tipo de variables como la intensidad del dolor, la ansiedad asociada al dolor, los niveles de discapacidad derivados del dolor, así como la capacidad física resultante, donde los hallazgos reflejan que los niveles de psicopatología se comportan como predictores mayores (Vowles, Gross, Sorrell, 2004). Sin embargo, es la propia predicción que efectúan internamente los pacientes de cualquier afectación, el factor central que parece estar actuando como el mejor predictor de la duración de la baja laboral (Brouwer, Terluin, Tiemens, Verhaak, 2009) en general. De ahí, la relevancia que adquiere el *Modelo Transteórico de Cambio*, propuesto en apartados anteriores de este Programa Nacional.

Existe relación significativa, por ejemplo, entre la severidad de la depresión y la severidad de la experiencia del dolor, estando ambos niveles interrelacionados con el Regreso al Trabajo. Por tanto, resulta un factor crítico el evaluar las fluctuaciones en los niveles de psicopatología en pacientes con dolor crónico, y otras afectaciones físicas, así como sus mutuas correlaciones bidireccionales (Corbiere, Sullivan, Stanish, Adams, 2007), en línea con lo señalado en *Psicopatología, Discapacidad y Trabajo*, tanto como en *Locus de Control, Ansiedad y Trabajo*.

Precisamente, el adecuado reconocimiento, tratamiento y criterio ofrecido a los pacientes por especialistas en el tratamiento de los desordenes mentales, no es una parte importante ni relevante de las guías clínicas; de hecho, algunos resultados comienzan a sugerir la necesidad de revisar la evidencia en que se soportan muchas de las actuales guías terapéuticas para la restauración de la actividad normal y la gestión del malestar del paciente ([Hendrick](#), [Milosavljevic](#), Bell, [Hale](#), [Hurley](#), [McDonough](#), [Melloh](#), [Baxter](#), 2009), en un mercado editorial focalizado en la detección del diagnóstico genérico.

Durante muchos años se ha asumido que la recuperación de los síntomas, sería automática y proporcional a la recuperación del funcionamiento laboral. Sin embargo, la intervención con los trabajadores con afectación en su salud mental, debería estar enfocado directamente tanto en sus síntomas como en su funcionamiento personal y, principalmente, laboral. Esto implica contextualizar al paciente y su funcionamiento óptimo personal, no solo en su nivel individual, sino contextual, y laboral (Van der Feltz, Meeuwissen, de Jong, Hoedeman, Elfeddali, 2007).

Un prerrequisito para el regreso al trabajo es que los trabajadores estén motivados (Berglind, Gerner, 2002). Por ello es fundamental establecer que personas están motivadas, de la misma forma que detectar cuales y porque razón están desmotivadas, así como los factores de desmotivación, cuyas fases, etapas y recorrido presentamos anteriormente en el *Modelo Transteórico de Cambio*. La motivación, incluso para la rehabilitación, y recuperación, es de gran importancia; conocer el punto de vista subjetivo y las actitudes de los trabajadores, resulta esencial, sobre todo cuando el factor más relevante para que los afectados regresen al trabajo es que sus síntomas disminuyan con tratamientos efectivos.

La terapia cognitiva conductual, a largo plazo, ha resultado de mayor efectividad que otras intervenciones sanitarias ([Lindell](#), [Johansson](#), [Strenger](#), 2008). Pero, además de la terapia cognitivo conductual aplicada a estos pacientes, resulta de especial relevancia considerar el papel desempeñado por los mediadores psicopatológicos de la discapacidad (por ejemplo, cambios en creencias; compruébense los apartados anteriores de este Programa, *Locus de Control, Ansiedad y Trabajo*, tanto como *Psicopatología, Discapacidad y Trabajo*), así como los moderadores (por ejemplo, competencias terapéuticas aplicadas hasta la fecha a pacientes con baja laboral), toda vez que estos factores influyen en la propia respuesta al tratamiento, así como están íntimamente relacionados con la clínica sintomatología orgánica, y psíquica, a través de las características de la autopercepciones de control y eficacia, así como de las distorsiones que genera la disfunción inicial, además del sentido de coherencia, la afectación en la capacidad y rendimiento intelectual, la percepción catastrofista, y los niveles de evitación y temores asociados a la situación de malestar físico y baja laboral.

La finalización de una baja laboral no marca el fin del absentismo del trabajador, la recaída o repetición de periodos es una conducta frecuente (Baldwin, Butler, 2006). La medicación y/o la Terapia Cognitivo Conductual, reducen síntomas, pero no reducen automáticamente el absentismo por sí solas, ni incorporan mejoras en el rendimiento o productividad. Las intervenciones directas en el trabajo combinadas con la resolución de problemas y recuperación de contacto directo con el trabajo, la exposición en vivo con el entorno laboral, contribuyen a disminuir de forma sustancial el periodo de baja laboral (Noordik, Van Dijk, Nieuwenhuijsen, Van der Klink, 2009). Principalmente, cuando las comparamos con las intervenciones asistenciales habituales hasta la fecha, que comprobaremos a continuación.

Las intervenciones efectuadas de forma temprana en el entorno laboral previenen y ayudan a disminuir las bajas laborales, facilitan el Regreso al Trabajo de forma inmediata, aumentan la satisfacción de los trabajadores y clientes. Pero, no olvidemos que un factor determinante ha sido la percepción de mejoras en la propia salud y en el propio bienestar del trabajador en baja laboral (Tschernetzki-Neilson, Brintnell, Haws, Graham, 2007), además de que, la

conducta de Regreso al Trabajo deba conceptualizarse como un proceso que se recorre a través de estados de cambio (Brouwer, Krol, Reneman, Bultmann, Franche, Van der Klink, Groothoff, 2009).

Una de las metas más importantes en el proceso de recuperación para la persona afectada es alcanzar su estado funcional óptimo. El retorno al estado previo a la discapacidad o trastorno, tiene en el regreso al trabajo la última expresión del reingreso o incorporación social satisfactoria, incrementando en la persona el sentido del propio valor, de su desarrollo personal (Oppermann, 2004; Holtslag, Post, van der Werken, Lindeman, 2007).

Por *estado funcional* suele adoptarse la participación en las actividades básicas de la vida diaria, incluyendo el desempeño de la mayoría de las obligaciones previas (si no todas); entre ellas, la satisfacción con el regreso al trabajo, aunque solo sea a tiempo parcial (Mead y Copeland, 2000; Noordsy, Torrey, Mueser, Mead, O'Keefe, Fox, 2002; Millward, Lutte, Purvis, 2005). No se trata, por tanto, solo de la reducción de síntomas, sino también de la mejora del estado psicológico de la persona respecto a su enfermedad, y su significado y relevancia en el contexto de su vida en general, tanto como respecto a su regreso al trabajo en particular (Ralph, 2000).

Si bien la medicación por sí sola puede ayudar a reducir, contener o eliminar síntomas, a largo plazo puede contribuir a generar un sentimiento de pérdida de responsabilidad vital así como fomentar la generación de un ciclo percibido de depresión o incapacidad (Nagle, Cook, Polatajko, 2002). Por el contrario, el trabajo y el desempeño de otros roles funcionales, poseen un importante significado vital, formando parte del desarrollo del bienestar personal.

Para las personas en estado realmente deprimido, permanecer en periodos largos de inactividad puede exacerbar las tendencias previas de percepción de incapacidad, generando, fortaleciendo, una espiral de pensamientos y conductas negativas de retraimiento y desesperanza. La paradoja es que el propio trabajo puede dotar de significado a la vida de las personas con depresión; aunque el reencuentro con el trabajo, podría requerir la realización de ajustes en las funciones, tareas, o lugar de desempeño.

En la muestra – laboral - analizada por Elsayed, Al-zahrani y Rashad (2009), se encontró una alta comorbilidad psicopatológica, el 42,2% de los casos consultados. Los desordenes de mayor prevalencia, fueron la ansiedad social - 10% de la muestra-, depresión -13,8%-, la esquizofrenia – 14,7% -, y el abuso de sustancias – 20,7% -. Se refleja, por tanto, en esta muestra, como estar afectado de un problema de salud mental, no es un impedimento para el trabajo. Las capacidades del individuo en su globalidad, no siempre tiene que estar interrumpida por la presencia de una afectación psíquica detectable.

Entre las variables psicológicas necesarias para comprender la conducta del trabajador, en relación a la Incapacidad Laboral Temporal, la autoeficacia se encuentra fuertemente asociada con el regreso al trabajo (Shaw, Huang, 2005; Labriola et al., 2007), resultando ser un área de profundo arraigo y relevancia para fomentar la recuperación temprana del trabajador.

Aunque las actitudes y percepciones de un individuo varían en función de las fases en que se desarrolla la enfermedad (Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, Sinclair, 2001), también disponen de una dependencia-influencia temporal, siendo los bajos niveles de autoeficacia quienes se encuentran correlacionados con niveles altos de evitación del trabajo, depresión, estrés, y disgusto emocional. [Véase *Locus de Control, Ansiedad y Trabajo*, en otro apartado anterior de este Programa Nacional].

Sin embargo, la mayoría de los trabajos relacionados con el proceso de recuperación de los trabajadores, tienden a excluir (Holtslag, Van der Werken, 2007) el punto de vista de las personas afectadas de depresión, perdiendo una fuente de información relevante. Principalmente cuando desde una perspectiva estrictamente sanitaria, el trabajo es un recurso de utilidad asistencial, y a nivel económico, los costes sociales - con reducción de la productividad - debidos a la afectación psicopatológica, exceden de forma considerable los costes directos de la asistencia médica prestada. [Repárese en *Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal* (Araña, 2009)].

Cuando analizamos los factores de mayor relevancia, que repercuten en las dificultades o imposibilidades para retomar los niveles de productividad previos a la afectación, aparecen la discapacidad física, deterioro psicosocial, afectación cognitiva y/o psicopatológica, y de personalidad [Véase *Psicopatología, Discapacidad y Trabajo*, en un apartado anterior de este Programa].

La evaluación del deterioro físico y psíquico, debería implementarse para la determinación pronóstica del regreso al trabajo de forma satisfactoria, así como para el establecimiento de la mejor atención sanitaria disponible. ***Debería comprobarse, por ello, a nivel oficial, la contabilización y tipología de información funcional que se haya podido reflejar en los partes de Baja Laboral.***

Entre los factores personales estudiados a la hora de investigar el Regreso al Trabajo, encontramos los datos demográficos objetivos o las características físicas del trabajo; sin embargo, en general, se excluyen los factores personales y contextuales al ser considerados como percepciones subjetivas del trabajador, sin relevancia. Poco se ha estudiado acerca de los verdaderos motivos y circunstancias que motivan el regreso al trabajo de los trabajadores afectados en su salud mental con bajas laborales. A pesar de que se ha encontrado como la experiencia de enfermedad, el significado de la enfermedad y la relevancia del regreso al trabajo forman parte intrínseca de de sus circunstancias vitales (Shaw, Segal, Polatajkos, Harburn, 2002) y decisiones.

El Regreso al Trabajo puede conceptualizarse como una compleja conducta humana de cambio, que resulta influida por factores individuales, sociales, económicos (Brouwer, Reneman, Bultmann, van derKlink, Groothoff, 2009) y jurídicos. Desde un punto de vista comportamental, la conducta de cambio esta influenciada también por actitudes (expectativas de resultados, evaluación positiva y/o negativa de determinadas conductas), normas subjetivas (creencia acerca de que piensan otros de cada conducta, biofeedback que se recibe), y autoeficacia entendida como confianza en la habilidad de realizar actividades específicas concretas, a lo largo de todo el proceso decisional que se produce hasta el regreso al lugar de trabajo (Shaw, Huang, 2005).

La Actitud hacia el trabajo, la Autoeficacia y la Percepción de Apoyo Social, difieren en distintos tipos de afectaciones sanitarias; como también difiere la fuerza de las asociaciones entre estos factores (por ejemplo, en trastornos mentales, ***el propio trabajo puede llegar a ser la fuente etiológica de la enfermedad, y percibirse una fuerte estigmatización del contexto social***, llegando a ser considerado el retorno al trabajo un factor de alto riesgo).

El escaso apoyo social, tanto en la vida privada como en el trabajo, aunque se encuentra como llega a ser más importante, en ocasiones, recibir apoyo en el lugar de trabajo que en la vida privada personal o familiar (Sinokki, Hinkka, Ahola, Koskinen, Kivimaki, Honkonen, Puukka, Klaukka, Lonqvist, Virtanen, 2009). La actitudes discriminatorias y estigmatizantes de los compañeros de trabajo y empresarios, pueden constituir un obstáculo para el regreso al trabajo (Scheid, 1998; Salkever, Shinogle, Goldman, 2003; Charles, Loomis, Demissie, 2009; Bergmans, Carruthers, Ewanchuk, James, Wren, Yage, 2009).

Si bien todos los cambios generan tensión, las pérdidas y déficits laborales pueden alcanzar el nivel de impacto que provocan los mayores eventos vitales estresantes. (Swanson, Power, 2001). El apoyo social, en el lugar de trabajo,

reduce el estrés ocupacional, pero *el 'apoyo social' es, más que un concepto unitario, un contenido que debe ser contextualizado; por ejemplo, en el ámbito laboral*, el apoyo social de un supervisor puede ser diferenciado del apoyo de un compañero, disponiendo - en cualquier caso - de una dimensión instrumental y otra emocional. La percepción, de uno u otro, también depende de variables del receptor, como del agente que proporciona el apoyo social.

Los marcadores psicosociales tienen una relevancia importante en la recuperación y rehabilitación del trabajador (Hansen, Edlund, Branholm, 2005). Diversos factores psicosociales laborales ejercen impacto directo e indirecto sobre las pérdidas de producción de las empresas; para minimizar estos descensos en la producción, las organizaciones deberían considerar ambos factores: la salud laboral y las variables psicosociales (Karlsson, Bjorklund, Jensen, 2010).

Intervenciones son posibles, a nivel individual y a nivel organizacional (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld, Houtman, 2006), contribuyendo, además, a disminuir las desigualdades sociales en salud, de los trabajadores (Bambra, Gibson, Sowden, Wright, Whitehead, Petticrew, 2009), y desde el mismo centro de trabajo, ya que *los trastornos psicopatológicos requieren especial atención e intervención integral, no solo la dispensación de la baja laboral* (Mushcalle, Linden, 2009; Kerr R, McHugh M, McCrory M. (2009)

*Los programas de intervención, en el trabajo, por otra parte, disminuyen las conductas contraproductivas* (Rodell, Judge, 2009) que surgen en muchas ocasiones como afrontamientos desajustados frente a los estresores laborales en trabajadores con mayores niveles de afecto negativo y escasa conciencia (Bowling, Eschleman, 2010), o con niveles de control de la tarea, mínimos, ante los cuales reaccionan con indisciplina (Tucker, Sinclair, Mohr, Thomas, Salvi, Adler, 2009).

Detectar pensamientos, creencias disfuncionales, y hábitos, para ayudar a transformarlos en una forma más constructiva y operativa de funcionamiento. El lugar de trabajo puede considerarse un escenario favorable para la exposición gradual del individuo afectado. Aprovechar las conductas laborales y disposiciones que el trabajador estaría dispuesto a asumir, de forma graduada, puede contribuir a su regreso al trabajo y bienestar, aumentando su sentido de autoeficacia y aumento de control. La exposición al trabajo puede facilitar experiencias que contribuyan al cambio de creencias disfuncionales, uno de los mecanismos intervinientes que explicarían la efectividad de la exposición.

Sin perder de vista que incluso en las personas que regresan al trabajo tras una baja laboral, se constatan pérdidas de productividad laboral (Butler, Baldwin, Johnson, 2006), reasumir tareas laborales parciales, ayudar a establecer ritmos de tareas diarias, ofreciendo distracción y favoreciendo el compromiso con el trabajo y los compañeros, el Regreso paulatino al Trabajo permitiría identificar tareas laborales alternativas que facilitan resultados productivos, incorporando funciones que permiten incrementar las horas de permanencia en la organización así como el incremento de las demandas asociadas al puesto, favoreciendo la optimización de la capacidad de los individuos para afrontar sus situaciones personales, y laborales, desde el propio lugar de trabajo.

En uno de los últimos estudios más significativos en el área, fue el desarrollado por Butler, Baldwin, Johnson (2006), donde se seleccionó previamente a sujetos afectados de estrés o trastornos adaptativo, programándose las siguientes intervenciones:

1.- Terapia Cognitiva Conductual, ofrecida por psicoterapeutas, durante once sesiones, distribuidas en dos cada semana, de aproximadamente 45 minutos cada una. Los Psicólogos intervinientes aplicaban un protocolo fuertemente estructurado, utilizado en Holanda para trabajadores con Trastornos Desadaptativos y Estrés.

Las primeras seis sesiones estaban centradas en la reestructuración cognitiva, los cambios de pensamientos automáticos, con registro de síntomas psicopatológicos y situacionales. Las siguientes cinco sesiones, dirigidas principalmente a la exposición de las situaciones seleccionadas, con reestructuración cognitiva, mediante gestión del tiempo, intervenciones laborales, afrontamiento de conflictos, análisis de la fatiga. Todas las actividades estaban relacionadas con el contexto laboral, salvo la reestructuración cognitiva y los apartados relacionados con el reconocimiento y gestión de la fatiga.

2.- Una intervención breve gestionada por Expertos Laborales – formados en eficiencia laboral, salud ocupacional, procesos laborales, expertos en el diseño e implementación de intervenciones organizacionales en el lugar de trabajo -, basada en los principios de la Terapia de Conducta, entrenados en intervenciones breves para la gestión Cognitiva Conductual del Estrés, y con fuerte implicación laboral de las actividades graduadas de Regreso al Trabajo.

Este grupo de intervención combinada, recibió dos sesiones semanales, durante tres semanas, en el domicilio o en el lugar de trabajo. Los aplicadores de esta modalidad de tratamiento recibieron formación en psicoeducación para el estrés laboral, registro de síntomas y situaciones, relajación, libros de autoayuda, terapia conductual racional emotiva, gestión del tiempo y asignación de tareas escritas.

Entre los componentes de esta intervención, se aplicó la planificación de prioridades vitales diarias, la gestión de conflictos, la reducción parcial de demandas laborales, la delegación de tareas y la organización de las funciones del puesto. El regreso al trabajo de forma parcial se planteó en la segunda o tercera sesión.

3.- Grupo control sin intervención especial, pero que consultaron en dos ocasiones a su Medico de Atención Primaria, al principio de la Baja Laboral, y a los cuatro meses; estas visitas estaban centradas, principalmente, en el reconocimiento medico general y la solicitud/continuidad de la baja laboral.

Analizando los resultados, encontramos:

**Media de Días para el Regreso al Trabajo Parcial o Total, por cada tipo de intervención**

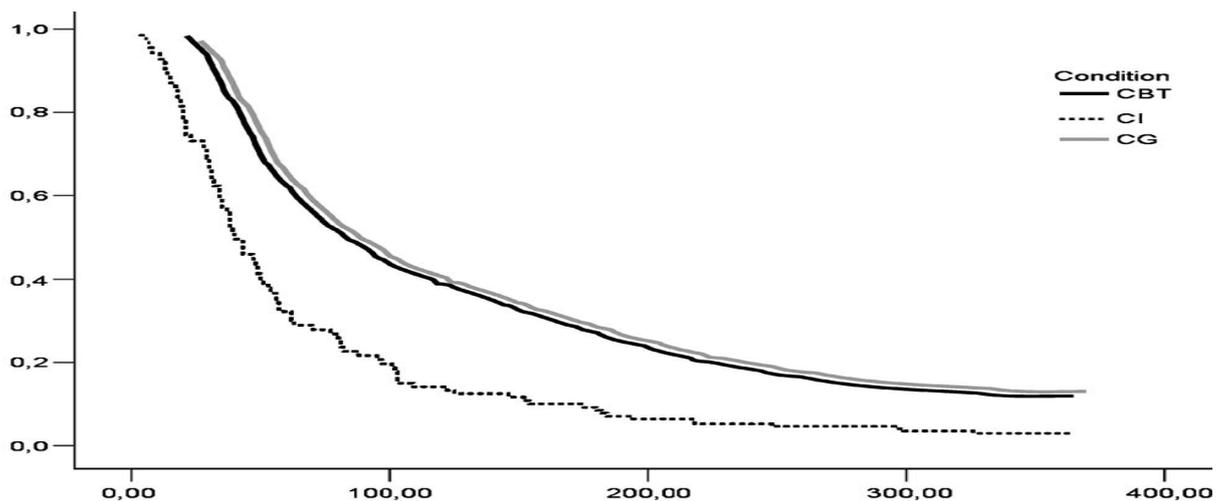
Tipo de Medidas	Grupo de Intervención	Media, Días	Mediana, Días
<b>Regreso Parcial al Trabajo</b>	CI: Intervención Combinada	65	40
	CBT: Terapia Cognitiva Conductual	122	57
	Control	116	70
<b>Regreso</b>	CI: Intervención Combinada	177	122

<b>Total al Trabajo</b>	CBT: Terapia Cognitiva Conductual	256	329
	Control	252	320

Respecto al Regreso Parcial, o Total al Trabajo: **Los participantes, en la Intervención Combinada reflejaron un periodo de tiempo más corto, tanto en el Regreso Parcial al Trabajo, como en el Regreso Total:**

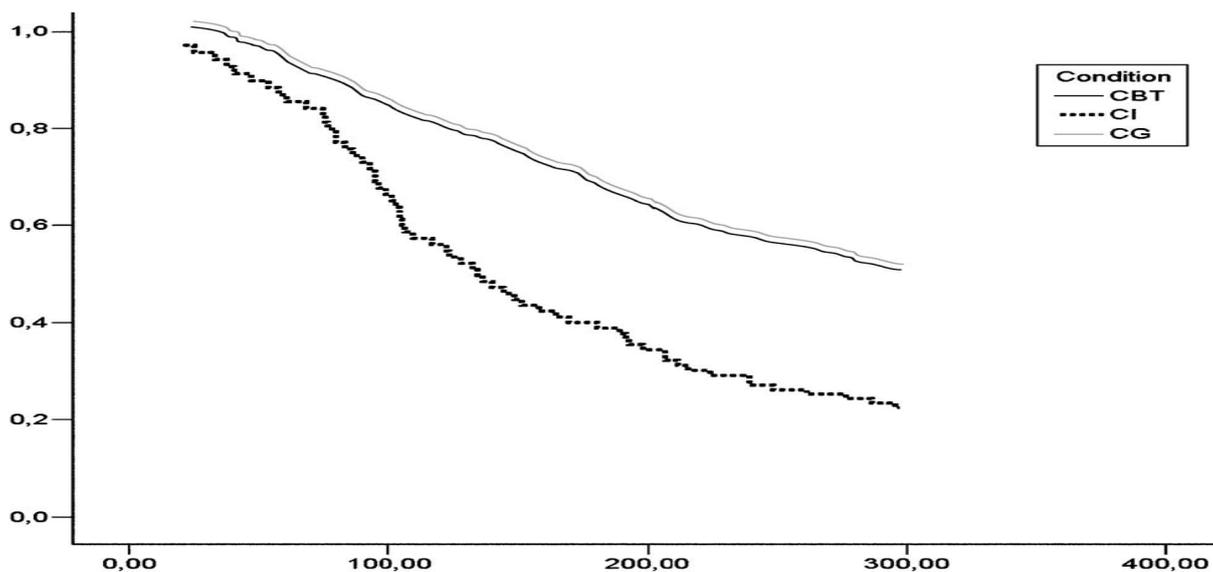
a.- **Respecto al Regreso Parcial:** Observando la mediana, el número de días del grupo de Intervención Combinada, difiere en 17 menos comparado con la intervención Cognitivo-Conductual, y en 30, en relación al grupo Control en Atención Primaria. El Grupo Cognitivo-Conductual, refleja 13 días menos respecto al Grupo Control en Atención Primaria, en la modalidad de Regreso Parcial.

Duración - en días - de la Baja Laboral, hasta el Regreso Parcial al Trabajo, por cada tipo de intervención aplicada:



b.- **Respecto al Regreso Total al Trabajo:** observando la mediana, el número de días del grupo de Intervención Combinada, difiere en 207 menos comparado con la intervención Cognitivo-Conductual, y en 198, en relación al grupo Control en Atención Primaria. El Grupo Cognitivo-Conductual, refleja 9 días menos respecto al Grupo Control en Atención Primaria, en la modalidad de Regreso Total.

Duración - en días - hasta el Regreso completo al Trabajo, por cada tipo de intervención aplicada:



Respecto a las Disfunciones Psíquicas, fueron medidas aplicando una Escala para síntomas de Depresión (tristeza, devaluación de la vida, desesperanza, pérdida de interés, autodesprecio, incapacidad de hacer), Ansiedad (activación autonómica, temblor, ansiedad situacional, ansiedad emocional), y Estrés (relajación, activación nerviosa, irritabilidad, agitación, impaciencia), y un Inventario de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización, cinismo, disminución de la eficacia profesional). El Pre-test se efectuó antes de la intervención, el Post-test a los cuatro meses de inicio y el Seguimiento, a los 10 meses de finalizada la intervención.

Los resultados reflejan:

1.- Los niveles de Depresión, Ansiedad, Estrés y Burnout, decrecen ligeramente de forma posterior a los 4 meses, y antes de los diez meses, independientemente del tipo de intervención recibida.

Tipo de Medidas	Grupo de Intervención	Media, Días PRE-TEST	Media, Días POST-TEST	Media, Días SEGUIMIENTO
Depresión	CI: Intervención Combinada	15.3	10.6	9.3
	CBT: Terapia Cognitiva Conductual	20.0	13.6	11.7
	Control	20.0	14.4	13.3
Ansiedad	CI: Intervención Combinada	10.0	7.8	6.6
	CBT: Terapia Cognitiva Conductual	12.6	8.9	8.6
	Control	9.9	8.9	7.1
Estrés	CI: Intervención Combinada	19.4	14.2	13.3
	CBT: Terapia Cognitiva Conductual	21.3	16.6	15.2
	Control	18.5	16.6	14.1
	CI: Intervención Combinada	3.8	3.0	2.9

2.- Los	Burnout	CBT: Terapia Cognitiva Conductual	4.4	3.8	3.5	niveles de
		Control	4.0	3.4	3.0	
	Despersonalización	CI: Intervención Combinada	2.5	2.2	1.9	
		CBT: Terapia Cognitiva Conductual	3.0	2.7	2.7	
		Control	2.5	2.3	2.3	
	Eficacia Profesional	CI: Intervención Combinada	3.9	4.1	4.3	
		CBT: Terapia Cognitiva Conductual	3.8	3.6	3.9	
		Control	3.9	3.9	4.0	

Depresión, Ansiedad, Estrés, y Burnout decrecen entre el Pre-test y Post-test, especialmente, y en el Seguimiento.

3.- Los niveles de Despersonalización y Eficacia Profesional, muestran unos resultados dispares: decrecen entre el Pre y el Post-test; pero mientras los descensos alcanzados en el nivel Post de Despersonalización, se mantienen en el Seguimiento, la Eficacia Profesional aumenta, independientemente del tipo de intervención; aunque con Intervención Combinada y con Terapia Cognitivo-Conductual, los avances son mayores que en el Grupo Control.

*Por tanto, el Regreso al Trabajo no está necesariamente relacionado con un aumento de las complicaciones psíquicas, ni con una pérdida de la eficacia profesional.*

## BIBLIOGRAFIA.-

.- [Aas RW](#), [Ellingsen KL](#), [Lindøe P](#), [Møller A](#). (2008). Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *J Occup Rehabil*, Dec;18(4):335-46

.- Araña-Suárez, SM (2009). Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. Secretaría de Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Gobierno de España.

.- Baldwin, M.L., Butler, R.J. (2006). Upper extremity disorders in the workplace: costs and outcomes beyond the first return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*.

.- [Bambra C](#), [Gibson M](#), [Sowden AJ](#), [Wright K](#), [Whitehead M](#), [Petticrew M](#). (2009). Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment. *Prev Med*. May;48(5):454-61

.- Bee, P.E., Bower, P., Gilbody, S., Lowell, K. (2010). Improving Health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *General Hospital Psychiatry*, aceptado para edición

.- [Bergmans Y](#), [Carruthers A](#), [Ewanchuk E](#), [James J](#), [Wren K](#), [Yager C](#). (2009). Moving from full-time healing work to paid employment: challenges and celebrations. *Work*;33(4):389-94.

- Berglind, H., Gerner, U. (2002). Motivation and return to work among the long-term sicklisted: an action theory perspective. *Disability and Rehabilitation*, vol. 24, n° 14
- Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L, Jacobi C. (2010) Return to Work Following Work-Related Orthopaedic Rehabilitation: A Cluster Randomized Trial. *Rehabilitation (Stuttg)*. Feb;49(1):2-12
- Blonk, R.W.B., Breeninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., Hotuman, I.L.D. (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work and Stress*, 20 (2): 129-144
- Bowling NA, Eschleman KJ. 2010 Employee personality as a moderator of the relationships between work stressors and counterproductive work behavior. *J Occup Health Psychol*. Jan;15(1):91-103.
- Briand, C., Durand, M.J., St-Arnaud, L., Corbiere, M. (2007). Work and mental health: learning from return to work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30: 444-457
- Brouwer, E.P.M., Terluin, B., Tiemens, B.G., Verhaak, P.F.M. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19: 323-332
- Butler, R.J., Baldwin, M.L., Johnson, W.G. (2006). The effects of occupational injuries alter returns to work: work absences and losses of on-the-job productivity. *The Journal of Risk and Insurance*, vol 73, n° 2: 309-334
- Clay FJ, Newstead SV, Watson WL, McClure RJ.(2010) Determinants of return to work following non life threatening acute orthopaedic trauma: a prospective cohort study. *J Rehabil Med*. Feb;42(2):162-9.
- Corbiere, M., Sullivan, M.J.L., Stanish, W.D., Adams, H. (2007). Pain and Depression in Injured Workers and their Return to Work: a longitudinal study. *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol 39, n° 1: 23-31
- Charles, L.E., Loomis, D., Demissie, Z. (2009). Occupational hazards experienced by cleaning workers and janitors: A review of the epidemiologic literature. *Work*, 34(1):105-116.
- Dowd B, McGrail M, Lohman WH, Sheasby B, O'Connor H, Calasanz M, Gorman R, Parente S. (2010) The economic impact of a disability prevention program. *J Occup Environ Med*. Jan;52(1):15-21.
- Durand, M.J., Loisel, P. (2001). Therapeutic return to work: rehabilitation in the workplace. *Work*, 17: 57-63
- Elsayed, Y.A., Al-Zahrani, M.A., Rashad, M.M. (2009). Factors affecting mental health fitness for work in a sample of mentally ill patients. *International Journal of mental Health Systems*, 3:25
- Fan JK, McLeod CB, Koehoorn M.(2010) Sociodemographic, clinical, and work characteristics associated with return-to-work outcomes following surgery for work-related knee injury. *Scand J Work Environ Health*. Feb 23
- Fordyce, W.E. (1995). *Back Pain in the Workplace: Management of Disability in Nonspecific Conditions*. IASP Press. Seattle
- Goetzel RZ, Roemer EC, Short ME, Pei X, Tabrizi MJ, Liss-Levinson RC, Samoly DK, Luisi D, Quitoni K, Dumanovsky T, Silver LD, Ozminkowski RJ. (2009). Health improvement from a worksite health promotion private-public partnership. *J Occup Environ Med*. Mar;51(3):296-304.
- Grunert BK, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder after work-related hand trauma. *Journal of Hand and Surgery*, May;15(3):511-5.
- Grunert BK, Devine CA, Smith CJ, Matloub HS, Sanger JR, Yousif NJ. (1992) Graded work exposure to promote work return after severe hand trauma: a replicated study. *Annals of Plastic Surgery*, Dec;29(6):532-6

- .- Hansen, A., Edlund, C., Branholm, I.B. (2005). Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work*, 25: 231-240
- .- Hauck K, Chard G. (2009). How do employees and managers perceive depression: a worksite case study. *Work*;33(1):13-22
- .- Hendrick P, Milosavljevic S, Bell ML, Hale L, Hurley DA, McDonough SM, Melloh M, Baxter DG.(2009). Does physical activity change predict functional recovery in low back pain? Protocol for a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. Nov 6;10:136.
- .- Heymans, M.W., de Vet, H.C.W., Knol,D.L., Bongers, P.M., Koes, B.W., van Mechelen, W. (2006). Workers´ Beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(4):685-95
- .- Holtslag, H., Post, M.W., van der Werken. C., Linderman, E. (2007). Return to work after major trauma. *Clinical Rehabilitation*, 21: 373-383
- .- Karlsson ML, Björklund C, Jensen I.(2010). The Effects of Psychosocial Work Factors on Production Loss, and the Mediating Effect of Employee Health. *J Occup Environ Med*. Feb 25
- .- Kerr R, McHugh M, McCrory M. (2009). HSE management standards and stress-related work outcomes. *Occup Med (Lond)*. Dec;59(8):574-9.
- .- Krause, N. Frank, J.W., Dasinger, L.K., Sullivan, T.J., Sinclair, S.J. (2001). Determinants of duration of disability and return to work after work related injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, vol 40: 464-484
- .- Labriola, M., Lund, T., Christensen, K.B., Albersten, K., Bultmann, U., et al. (2007). Does self efficacy predict return to work after sickness absence?. A prospective study among 930 workers with sickness absence for three weeks or more. *Work*, 29: 233-8
- .- Lidwall U, Marklund S, Voss M. (2010) Work-family interference and long-term sickness absence: a longitudinal cohort study. *Eur J Public Health*.
- .- Lindell O, Johansson SE, Strender LE. (2008). Subacute and chronic, non-specific back and neck pain: cognitive-behavioural rehabilitation versus primary care. A randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. Dec 30;9:172.
- .- Linton SJ. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* , 25:1148–56. Review
- .- Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Lemaire, J. (1997). A population based, randomized clinical trial on back pain management, *Spine*, 22: 2911-2918
- .- Mead, S., y Copeland, M.E. (2000). What recovery means to us: consumer’s perspectives. *Community Mental Health Journal*,36: 315-328
- .- Mills, P.R.; Kessler, R.C., Cooper, J., Sullivan, S. (2007) Impact of a Health Promotion Program on Employee Health Risks and Work Productivity .*Am J Health Promot*;22[1]:45–53
- .- Millward LJ, Lutte A, Purvis RG. Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12: 565–573

- .- Muschala, B., Linden, M. (2009,a). Workplace phobia- a first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychological Health Medicine*, 14, 5: 591-605
- .- Muschalla B, Linden M. (2009,b) Workplace-related anxiety, workplace phobia and disorders of participation. Versicherungsmedizin. 2009 Jun 1;61(2):63-8
- .- Nagle, S., Cook,J.V., Polatajko, H.J. (2002). I'm doing as much as I can: occupational choices of persons with a severe and persistent mental illness. *Journal of Occupational Science*, 9: 72-81
- .- Noordik, E., Van Dijk, F., Nieuwenhuijsen, K., Van der Klink, J.J.L. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return to work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9: 140
- .- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser,K., Mead, S., O'Keefe, C., Fox, L.(2002). Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International review of Psychiatry*, 14: 318-326
- .- Oppermann, JD (2004). Interpreting the meaning individuals ascribe to returning to work after traumatic brain injury: A qualitative approach. *Brain Injury* , 18, 941–955.
- .- Post, M., Krol, B., Groothoff, J.W. (2005).Work related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disability and Rehabilitation*, 27 (9): 481-488
- .- Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S.J., Loisel, P. (2005). Improving return to work research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol 15: 4
- .- Ralph,R.O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4: 480-510
- .- Rodell JB, Judge TA. (2009).Can "good" stressors spark "bad" behaviors? The mediating role of emotions in links of challenge and hindrance stressors with citizenship and counterproductive behaviors. J Appl Psychol. Nov;94(6):1438-51.
- .- Salkever, D.S., Shinogle, J.A., Goldman, H. (2003). Return to work and claim duration for workers with long-term mental disabilities: impacts of mental health coverage, fringe benefits and disability management. *Mental Health Services Research*, vol 5, n° 3.
- .- Scheid,T.L. (1998). The Americans with Disabilities Act: Mental disability and employment practices. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 25, 312-324
- .- Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, Meloche W. (2004). Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain*,07:77–85.
- .- Schultz, I.Z. (2008).Disentangling the disability quagmire in psychological injury: part 1, disability and return to work, theories, methods and applications. *Psychological Injury and Law*, 1: 94-102
- .- Shaw, L., Segal, R., Polatajkos, H., Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation*, vol 24, n° 4: 185-195
- .- Shaw, W.S., Huang, Y.H. (2005). Concerns and expectations about returning to work with low back pain: identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disabilities Rehabilitation*, 27 (21): 1269-1281

- .- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Kivimaki, M., Honkonen, T., Puukka, P., Klaukka, T., Lonqvist, J., Virtanen, M. (2009). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 115: 36-45
- .- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., Rheaume, J. (2007). Determinants of return to work among employees absent due to mental health problems. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, vol 62, n° 4.
- .- Swanson, V., Power, K. (2001) Employees' perceptions of organizational restructuring: the role of social support . *Work & Stress*, Volume 15, Issue 2, pages 161 - 178
- .- Tschernetzki-Neilson, P.J., Brintnell, E.S., Haws, C., Graham, K. (2007). Changing to an outcome-focused program improves return to work outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17: 473-486
- .- Tucker JS, Sinclair RR, Mohr CD, Thomas JL, Salvi AD, Adler AB. (2009). Stress and counterproductive work behavior: multiple relationships between demands, control, and soldier indiscipline over time. *J Occup Health Psychol*. Jul;14(3):257-71
- .- Turner JA, Franklin G, Turk DC (2000). Predictors of chronic disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *American Journal of Industrial Medicine*, 38:707–22.
- .- Van der Felts-Corenlis, C.M., Meeuwissen, J.A.C., Jong, F.J., Hoedeman, R., Elfeddali, I. (2007). Randomized controlled trial of a psychiatric consultation model for treatment of common mental disorder in the occupational health setting. *BMC Health Services Research*, 7: 29.
- .- Van Oostrom, S.H., Anema J.R., Terluin, B., Venema, A., de Vet H.C.W., van Mechelen, W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: intervention zapping as a useful tool. *BMC Health Services Research*, 7: 127
- .- Vowles, K.E., Gross, R.T., Sorrell, J.T. (2004). Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 8: 351-358 )
- .- Wideman TH; Adams H; Sullivan M (2009). A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. *Pain* 145:45–51