



Estudio de la medicación prescrita a las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral

Juan Francisco Méndez Garcés

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE FARMACIA

DEPARTAMENT DE FARMACIA I TENOLOGIA FARMACÈUTICA

TÍTOL DE LA TESI

ESTUDIO DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA A LAS PERSONAS AFECTADAS
DE CONDUCTAS HOSTILES SISTEMÁTICAS EN SU AMBITO LABORAL

AUTOR I ANY

Juan Francisco Méndez Garcés 2012

UNIVERSITAT DE BARCELONA

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE FARMÀCIA

DEPARTAMENT DE FARMÀCIA I TECNOLOGIA FARMACÈUTICA

**PROGRAMA DE DOCTORAT FARMÀCIA I TECNOLOGIA
FARMACÈUTICA**

BIENNI 1999 - 2001

**ESTUDIO DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA A LAS PERSONAS
AFECTADAS DE CONDUCTAS HOSTILES SISTEMÁTICAS EN SU AMBITO
LABORAL**

**Memoria presentada por Juan Francisco Méndez Garcés para optar al título de
Doctor por la Universitat de Barcelona**

Dr. Eduardo L. Mariño Hernández

Dra. Pilar Modamio Charles

Juan Francisco Méndez Garcés

2012

AGRADECIMIENTOS

A

Maria, **O**lga, **B**las, **B**erta, **I**sabel, **N**oa, **G**regorio
Hugo, **O**na, **S**ol, **T**oni, **I**van, **G**il, **A**na, **M**ario, **I**nes, **E**va, **N**oe, **T**omas, **O**lvido
Albert, **C**armen, **O**livia, **S**ilvia, **O**scar
Pere, **R**oser, **E**sther, **S**onia, **I**rene, **O**riol, **N**icolas
Helena, **A**dolfo, **R**osa, **A**licia, **S**ole, **S**ara, **M**arcos, **E**lsa, **N**uria, **T**eresa
Bruna, **U**nai, **L**aura, **L**uis, **Y**von, **I**ris, **N**erea, **G**erardo

En fin todas aquellas personas de este mundo hostil,
que han padecido
mobbing, hostigamiento, acoso, presión, harassment, bullying
por tener dignidad, respetarse a sí mismas y,
defenderse de los agresores

En especial a las víctimas de mobbing de la
Associació de Víctimas d'Assetjament Laboral de Catalunya (AVALC)
por confiar en mi, abrir su interior,
transmitirme esperanza, dentro de su angustia y debilidades,
pues de la desgracia y el sufrimiento, aunque cueste admitirlo,
se aprende, con lucha y sacrificio eso sí,
pero sin dignidad ni respeto,
te humillan, te hostigan, te acosan, te hunden.
Gracias, por vuestra enseñanza moral y por
acceder a usar vuestros datos para realizar este trabajo

A Joaquim, presidente, a Josep psicólogo (almas mater del estudio), y
a Miriam, socia de AVALC,
por permitirme realizar este trabajo y,
prestarme información, asesoramiento y, documentación

A Eduardo y Pilar, por admitir desde el principio este trabajo,
y tener el coraje y la valentía de defenderlo,
con rigor metodológico, esencia de nuestra Unidad

A la Facultad de Farmacia, cuna de farmacéuticos
por la valentía de aceptar este trabajo de farmacia social inédito

A la Universidad de Barcelona por su independencia, voluntad de
colaboración y ayuda continua a sus alumnos,
y en especial a su Comité de Bioética, por entender que este trabajo
no vulnera los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia

DEDICATORIA

A Eugenia, mi mujer y compañera
por tu paciencia, tolerancia, comprensión, y apoyo oscilante
pues ante mis ausencias a causa de este trabajo,
las decisiones familiares en solitario,
y la crianza de los hijos generan tensiones y dudas

A Diana, 8 años y Daniel 4 años, mis hijos

A Diana, mi hija,
por los largos ratos de contemplación, observación, análisis
que has pasado a mi lado, sin molestar
por tus preguntas y repreguntas tan sensatas y profundas,
que esperaban una explicación concreta a la altura de la pregunta
Papa para que sirve esto que haces? Papa cuantas hojas has escrito?
Papa cuando nos iremos?

A Daniel, mi hijo,
por preocuparse de las cosas más importantes y básicas de la vida
Papi puedes jugar conmigo? Papi acabas ya? Papi cuando lo dejas?
Papi te encuentras bien? Papi a comer

perdonarme por el tiempo que no he dedicado a vuestra I+D personal

A Jaume, mi padre,
gracias por tu guía y escucha, soy quien soy gracias a ti

A Isidora, mi madre
pues ante la dificultad tu abnegación sacó adelante tu hijo

A Ruperta, mi abuela,
por cuidarme con el cariño de una madre

INDICE

<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	pg 1
<u>1.1. El acoso psicológico laboral u hostigamiento psicológico sistemático laboral. Conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral.</u>	pg 11
<u>1.2. Lesiones y secuelas que padecen las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral.</u>	pg 41
<u>1.3. Impacto social-sanitario-económico-laboral del acoso psicológico en el trabajo.</u>	pg 69
<u>2. HIPÓTESIS DE TRABAJO</u>	pg 97
<u>3. OBJETIVO:</u>	pg 103
<u>4. METOLOGIA DEL ESTUDIO</u>	pg 107
<u>5. RESULTADOS</u>	pg 115
<u>6. DISCUSION</u>	pg 155
<u>7. CONCLUSIONES</u>	pg 363
<u>8. BIBLIOGRAFIA</u>	pg 369

ABREVIATURAS

AD: Antidepresivos

ADTC: Antidepresivos Tricíclicos

AE: Atención Especializada

AEMPS Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios

AMA: American Medical Association

ANS: Ansiedad, Ansiolíticos

AP: Atención Primaria

APA: American Psychiatric Association

APS: Antipsicóticos

APT. Acoso psicológico en el trabajo

ASG: Antipsicóticos de segunda generación

AT: Accidente de trabajo

ATC: Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System

BZD: Benzodiazepinas

CAP: Centros de Atención Primaria

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición

COSTDEP: Estudio de costes y carga de la depresión en Cataluña

DM: Depresión Mayor

DSM-IV- TR: Cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV.

EC: Enfermedad Común

ED: Episodio Depresivo

EDM: Episodio Depresivo Mayor

EMA: Agencia Europea del Medicamento

EP: Enfermedad Profesional

EPT: Estrés Postraumático

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

EVI: Equipos de Vigilancia de la Incapacidad

FDA: Food Drug Administration

GPT: Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España

GuíaANS: Guía de práctica clínica sobre el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad, sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico

GuíaINS: Guía de práctica clínica para el Manejo del Insomnio en Atención Primaria

GuíaTDM: Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor del adulto en Atención Primaria

HS: Hipnótico Sedante

ILT: Incapacidad Laboral Transitoria

IDS-C30: Inventario de la sintomatología depresiva de clasificación clínica

ICAM: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IP: Incapacidad Permanente

ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

IRSN: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina.

ISRN: Inhibidores selectivos de Recaptación Noradrenalina.

ITSS: Inspección de Trabajo y Seguridad Social

LIPT: Leymann Inventoy of Psychological Terrorization.

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales

LURM: Ley Uso Racional del Medicamento

MAP: Médico de Atención Primaria.

MATEP: Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad profesional.

MSSSI: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

NHS: National Health Service.

NICE: National Institute for Clinical Excellence.

NTP: Notas Técnicas de Prevención.

OAD: Otros antidepresivos.

OCDE: Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

OR: Odds Ratio

OMS: Organización Mundial de la Salud.

P.a.: Principio activo

PRM: Problemas relacionados con los medicamentos.

RNM: Resultados negativos asociados a la medicación.

SM: Salud Mental.

STAR*D: Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression.

SNS: Sistema Nacional de Salud

SS: Seguridad Social

TADAP: Trastorno Adaptativo

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TANS: Trastornos de ansiedad

TAP: Trabajadores de la Administración Pública

TRLGSS: Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social.

TDM: Trastorno Depresivo mayor

TEA: Trastorno por Estrés Agudo

TEP: Trabajadores de la empresa privada.

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TM: Trastornos mentales

TMG: Trastorno mental grave

TRLISOS: Texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

TSJ: Tribunales Superiores de Justicia

TTP: Trastorno transformación de la personalidad

URG: Urgencias

USL: Unidades de Salud Laboral

INTRODUCCIÓN

ESTUDIO DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA A LAS PERSONAS AFECTADAS DE CONDUCTAS HOSTILES SISTEMÁTICAS EN SU AMBITO LABORAL

1. Introducción

Las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral, que han solicitado ayuda a las asociaciones de víctimas de acoso laboral, escolar y sexual, suelen referir una frustración y maltrato institucional ante la parálisis generalizada de la actuación por parte de las administraciones públicas, de sus profesionales sanitarios y no sanitarios, de los delegados de prevención y de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas, de las organizaciones sindicales, en general de todas aquellas instituciones cuyo fin último sería la de defensa de la víctima frente a tales conductas o actitudes. Dichas personas, son consideradas víctimas de acoso psicológico en el trabajo (APT), que se caracteriza por maltrato deliberado y continuado, verbal y/o modal, sufrir comportamientos crueles por parte de jefes o compañeros de trabajo, cuya finalidad última es lograr la destrucción psicológica del trabajador, y obtener así su salida de la organización, a través de diferentes procedimientos de abusos y acosos (Piñuel, 2001). A consecuencia de esta actitud de indefensión el último refugio que les ha quedado a las víctimas ha sido acudir a asociaciones como las mencionadas para reconstruir su situación afectiva personal y poder enfrentarse a esos comportamientos violentos de su entorno laboral, intentando conseguir una solución lo más digna posible a su conflicto.

Aunque el trabajo proporciona aspectos positivos como individuos dentro de la sociedad, ya que a través de él nos ganamos la vida, desarrollamos aspectos relevantes de nuestra creatividad y autonomía personal, ocupamos un lugar reconocido y reconocible dentro de la sociedad, nos realizamos profesionalmente, adquirimos independencia y emancipación social. Sin embargo también acarrea aspectos negativos, pues puede significar una carga para la persona, un lugar de insatisfacción, que puede influir negativamente sobre la vida personal, familiar, social, económica, de ocio, etc, pudiendo significar sufrimiento, agobio, terror, pánico, penalidad, malestar, molestia, esclavitud (Espino, 2008).

Las víctimas de APT relatan que se han cuestionado su rol laboral y social durante el tiempo que ha durado el acoso, afectándole de tal manera que se han sentido excluidos y culpables de su situación, pues su imagen no concuerda con la de nuestra sociedad individualista, fragmentada, cimentada sobre ideas liberadas de responsabilidad individual, competitividad y trabajo remunerado, donde la representación social del protagonista o primera estrella es aquel que destaca por ser el más competitivo, el más sagaz, el más inteligente, el más bello y mejor construido físicamente; en definitiva aquel que quiere reproducir la esencia de los valores externos de la juventud eterna, puedo obtener todo, nada se le resiste, si es necesario denigrar a otro compañero para obtener sus intereses es lícito, "sino que luché como yo", y no de valores humanos de independencia, de criterio propio, de no sumisión, de crítica constructiva, de solidaridad y ayuda del compañero, de respeto, de confianza mutua, de lealtad,.... (Bausà, 2004)

El rol de esta persona triunfadora está basado en su imagen externa, de autoconfianza, de poder moral, de buen compañero, de simular ser el mejor amigo, para manipular y obtener sumisión, concesiones, dependencia. Trabaja su aspecto físico para aparentar buena salud, buena imagen, control de la situación, el culto al cuerpo se hace imprescindible, patrocinado por la moda, la publicidad y, los medios de comunicación, pues no se potencian valores sociales sino individuales, con el fin de que las personas alcancen unos cánones de belleza marcados por patrones

estéticos dirigidos hacia la perfección sin valorar los valores interpersonales, todo es ficticio (las relaciones, el aspecto físico). Las víctimas de acoso no pueden lograr estos cánones pues son personas que valoran otros aspectos sociales de solidaridad, compañerismo, ayuda mutua, confianza, y comienzan a cuestionarse su propia imagen externa, e iniciarán medidas físicas (cuidado de su figura corporal), y psíquicas (aceptación y acercamiento al modelo laboral establecido de sumisión, concesión, adhesión) para alcanzar esos cánones sociales y laborales estereotipados y ficticios (Santiesteban, 2006).

Estas conductas interpersonales de rechazo dentro de su organización laboral le generan un gran desgaste físico y emocional, pues el proceso de convencer a los demás de que mantiene esa identidad creada de sí mismo, de su dignidad como persona, de su autoestima, es muy costoso. Además ese esfuerzo no se ve correspondido ni valorado, más bien al contrario, el proceso de denigración va en aumento, lo cual le afecta en su propio ego iniciando un proceso de autoexclusión laboral, al detectar que al resto de individuos no le interesan los valores sociales de igualdad, participación y solidaridad, sino que se interesan por ellos mismos y su imagen social. Como consecuencia las víctimas no obtienen apoyo del resto de compañeros pues al haberse deteriorado su imagen, mostrando una gran debilidad emocional y al no poder resolver sus propios problemas, reclamando apoyo de un entorno que la rechaza o excluye. (Santiesteban, 2006). Todo ello la convierte automáticamente en una persona conflictiva y sin posibilidad de una recuperación dentro de su empresa. En este proceso confluyen lo que se denomina desviación primaria y secundaria, la primera se relaciona con la concepción que el propio individuo posee de sí mismo, la segunda, establece una relación entre el propio sujeto y los demás, atribuyéndole una identidad y una condición social devaluada (Lemert, 1962). ("Ella se lo ha buscado", "Algo habrá hecho", "He de mantenerme al margen, que no me salpique").

En este momento nos encontramos ante un conflicto laboral evidente, la soledad y la baja autoestima le hacen desplomarse apareciendo importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la salud del trabajador. Esta representación social ficticia le genera un daño psíquico importante, cuyo grado, dependencia y tiempo de resolución, podría agravarse derivando en un trastorno mental grave (TMG). Este proceso lo entiende como un acontecimiento negativo que amenaza con modificar su vida, su imagen y su entorno social, por tanto es un fenómeno destructivo de la personalidad, del "yo", el cual provoca el inicio de la pérdida de su rol social, de su independencia, de la necesidad de una ayuda externa, con un sentimiento de angustia que todo ello comporta. Estas pérdidas y necesidades socavan la idea de superhombre/superwoman y empiezan a fomentar fenómenos de exclusión social, de soledad y de un sentimiento de aniquilamiento, más psíquico que físico. En un sentido amplio, podemos concluir que estos comportamientos cuestionan la integración social, el equilibrio, la ética y la estructura misma de la sociedad, pues vulneran derechos incuestionables y constitucionales que las personas tienen como integrantes de esta sociedad: el derecho al respeto a su intimidad y dignidad personal, el derecho al trabajo y a su promoción y, el derecho a su integridad personal. La única prevención posible sería un cambio cultural en la organización y la adopción de medidas que impidiesen la implantación de situaciones favorables a la aparición de comportamientos de acoso, pero eso dista mucho de la actuación empresarial vigente. (Santiesteban, 2006).

La imagen del trabajador que solicita la baja laboral representa el débil de una familia, se entiende por sus compañeros que se autoexcluye del grupo. Sin embargo, es el estandarte o portador de la debilidad de su núcleo laboral. En soledad y en silencio es aislado, culpabilizado y responsabilizado de su propio disconfort emocional acudiendo a los profesionales de salud mental. En las empresas puede apreciarse esta actuación en las víctimas del acoso laboral, en el

agotamiento de quienes sufren el "burn out", en las reacciones de ansiedad "desadaptativas" a situaciones laborales disfuncionales, etc y un largo etc. Son personas que sufren y en las que se les detecta un agotamiento en su capacidad de adaptación y afrontamiento frente al estrés. Sin embargo, son también unos magníficos termómetros y espejos de situaciones disfuncionales en las organizaciones e instituciones laborales. De forma global representan la consecuencia directa de un contexto social precario y en crisis (Ribé et al, 2011).

Estando en períodos de baja de duración oscilante intenta de nuevo reintegrarse en la empresa y en la sociedad. En este proceso de reintegración y recuperación socio laboral las personas afectadas necesitan de señales, conceptos, significados que le autodefinan de nuevo como persona. En su proceso de defensa buscan de nuevo destacar, ser auténtico, tener una identidad que le diferencie de los otros (para que se sienta un SER valorado, respetado, digno), buscan de nuevo una referencia y proyectar sobre ella su identidad. Sin embargo, la imagen social onírica actual que prevalece es la idea del "súper-yo", del superhombre de Nietzsche, o de la superwoman actual, en la cual el individuo no necesita de ninguna ayuda para alcanzar su ideal, todo lo puede controlar, todo le es accesible, no existe el no, hace alarde y ostentación de su condición e imagen externa, la exhibe y explota, no hay límites, el propio cuerpo se transforma en objeto (el éxito de diversos programas televisivos refuerzan esta idea), lo que provoca que en muchos casos el acoso psicológico constituya un comportamiento consciente, automático y estimulado por una cultura que no tan solo la permite sino que la fomenta e incluso la premia, visualizando a aquel que se desvía de estos parámetros como una persona incapaz de cumplir estos ideales, y por consiguiente objeto de menosprecio, rechazo o exclusión. (Santiesteban, 2006).

Ante esta situación límite estas personas afectadas de APT esperan ayuda y resolución a su problemática solicitando amparo, por los mecanismos fijados reglamentariamente por esta sociedad, a su propia empresa a través del delegado de prevención de riesgos laborales, determinados órganos de las administraciones públicas (inspección de trabajo, unidad de salud laboral) u organizaciones sociales de defensa de los trabajadores (sindicatos). Sin embargo ante su asombro, se encuentra con que esta sociedad de amplios valores sociales legislados, siempre fija límites, pone restricciones, exige hechos demostrables, y permite, acepta, o al menos tolera comportamientos "presuntamente" delictivos, de modo que los valores culturales no tienen como única función la de fomentar o controlar las experiencias o actos de las personas que componen esa comunidad, sino también la de producir los criterios por los que todo comportamiento es juzgado y diferenciado de otra manera de proceder, decidiendo en consecuencia, sobre el destino de esta persona a la que ya califica de conflictiva y diferente, la cual debe demostrar aquello que ha padecido. Aquí empieza el proceso de estigmatización de la víctima, del ser diferente a las normas establecidos.

A pesar de los cambios sociales y formas de entender las organizaciones laborales de muchas empresas e instituciones, la SM sigue centrada en el usuario como un ser independiente y ajeno a su entorno social y en especial al ámbito laboral. Las características personales, aunque inciden de una manera particular en cada situación laboral, no son determinantes para explicar la patología de quienes van a las consultas a solicitar ayuda. Sólo se puede entender a la persona en su contexto o medio. Es algo que se olvida, especialmente en SM (Ribé, 2011). Por consiguiente, antes de banalizar este proceso atribuyéndole trastornos psicológicos de la personalidad de la víctima, deberíamos como mínimo reflexionar acerca del ser diferente. La diferencia implica tener una referencia sobre la misma, pero ¿cuál es esa referencia?, ¿dónde se determina la normalidad o anormalidad?, ¿la diferencia estriba en las deficiencias físicas/psíquicas o son los criterios establecidos por cada sociedad lo que marca esa diferencia?, ¿por qué a las personas diferentes

se le atribuyen conceptos de marginación, estigmatización, segregación, institucionalización?, ¿cuál es la imagen y la representación social de la persona diferente?.

Todas estas preguntas no tienen una respuesta clara en este proceso, pues en las organizaciones laborales suelen estar contempladas y normatizadas las relaciones que deben establecerse entre los distintos individuos y grupos para la realización de las tareas productivas encomendadas. En cambio, la existencia de otros tipos de cuestiones que tienen que ver con las relaciones interpersonales entre trabajadores, distintas de las meramente productivas, así como el desarrollo formal de todas las relaciones en general, es algo que no suele merecer atención, al no ser aspectos directamente relacionados con la realización del trabajo, quedando en la esfera de conflictos interpersonales, adoptando la empresa una actitud de cautela y de precisión pues se aduce que el contenido y significación de estos comportamientos son difíciles de objetivar (Araña, 2008b).

Ante esta disyuntiva todas las sociedades incluida la actual, basándose en los parámetros en los que se desenvuelven, sus necesidades y los valores sociales imperantes (contexto social: la cultura del trabajo actual no está concebida como lucha de clases sino como niveles de consumo a los que puede acceder cada persona), han establecido que era lo adecuado socialmente y lo que resultaba inadecuado (diferencia) y ha encargado a unos expertos (médicos de atención primaria, psiquiatras, médicos de trabajo) que precisasen la forma de distinguir (criterios de selección: diferentes escalas de medida de los trastornos mentales) a los sujetos (diferentes: los discapacitados mentales) el calificativo con el que se han de reconocer (terminología: trastorno mental), la función que han de desempeñar en la sociedad (rol social: la estigmatización genera exclusión), el trato que se les ha de otorgar (tratamiento: psiquiátrico, psicológico, farmacológico, internamiento, terapia electroconvulsiva), y el reconocimiento de una serie de derechos (asistencia y protección) (Aguado, 1995). De esta forma la indefensión de la víctima se hace más patente e inicia una lucha, si aún le quedan fuerzas, contra este sistema establecido.

En este punto aparecen las primeras cuestiones y preguntas de incompreensión de las víctimas:

¿Quiénes son los expertos sanitarios que podrán valorar mi situación?

¿Quién valora adecuadamente mi sintomatología si esas conductas suponen una violación por un lado de derechos básicos de la relación laboral y del otro del derecho a la prevención y protección de la salud del trabajador?

¿Por qué el empresario o la administración no aplican los protocolos establecidos por los Servicios de Prevención para realizar las actividades de Vigilancia de la Salud y detectar este conflicto?

¿No deberían ser especialistas en medicina del trabajo independientes quienes deberían atender desde el inicio esta problemática laboral?

¿Por qué si los comportamientos de acoso y violencia en el trabajo teniendo un carácter pluriofensivo (lesiona diferentes bienes jurídicos: dignidad, integridad, salud, honor,...) la atiende un médico de medicina general?

¿Por qué se me etiqueta de paciente difícil?

Asistencia y valoración de las personas afectadas de APT

Las personas afectadas de *conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral (hostigamiento psicológico en el trabajo)* no disponen de un reconocimiento jurídico como enfermedad profesional o accidente de trabajo frente a estas conductas, pasando a estar considerada como enfermedad común, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, siendo atendidas por tanto por profesionales sanitarios

de la red pública de asistencia sanitaria y no por profesionales de las unidades de salud laboral (USL), especialistas en medicina del trabajo.

Por consiguiente, el trauma que provoca este conflicto en las víctimas de APT y su resolución, o como mínimo la no afectación crónica del mismo, deberían ser valoradas desde su inicio por médicos especialistas en medicina de trabajo, pues si no se adoptan desde un primer momento medidas preventivas en el ámbito laboral, las víctimas acaban desarrollando una serie de cuadros patológicos que pueden provocar enfermedades y trastornos graves físicos, y en especial mentales. Estos cuadros adoptan diversas formas, de ahí la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial, pues la víctima la mayoría de veces, no sabe que le pasa o sabiéndolo no comprende porqué le ha pasado, porqué ha sido atacada por otro/s seres humanos. Pero en la práctica son los médicos de medicina general, de atención primaria (MAP) los que se convierten en el primer nivel básico y fundamental de acceso a esta asistencia. La dificultad de estos profesionales sanitarios y por ende la del colectivo de víctimas es y sigue siendo, la de clasificar bajo un epígrafe, un diagnóstico, y por consiguiente una pauta terapéutica adecuada, los síntomas, signos, enfermedades y/o patologías psicológicas y físicas relacionadas con el APT. De estos profesionales se derivaban actuaciones que influirán en el devenir futuro de la víctima.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el conocimiento que habitualmente tienen los MAP sobre el paciente y su entorno, debería ser clave para el correcto enfoque de la situación, pero además sería conveniente que este profesional tuviese conocimiento de la existencia misma del problema del acoso laboral, cuáles son sus claves y consecuencias, de su origen, desarrollo, estadios clínicos, formas evolutivas y de manifestación, diagnósticos más plausibles con evidencia científica expuestos por profesionales de reconocido prestigio en el tratamiento de este colectivo, y estar capacitado para realizar un primer abordaje diagnóstico y posterior tratamiento lo más efectivo (González, 2004). La relevancia del proceso diagnóstico reside en su papel determinante en la intervención, abordaje y evolución de la víctima. La necesidad de seleccionar los signos y síntomas que están presentes o se enmascaran, resulta esencial para determinar un diagnóstico clínico, por eso la mera presencia de un síntoma o síntomas constatados, no determina de forma irrenunciable la presencia de un cuadro clínico observable, pero si pueden requerir un diagnóstico en provisionalidad por su significatividad clínica, a la espera de una mayor visibilidad del recorrido evolutivo del problema, con análisis de sus manifestaciones, intensidad, variedad y gravedad (Araña, 2008a).

No obstante, los MAP se encuentran ante la dificultad de trabajar con lesiones objetivas plenamente identificables o con alteraciones detectables objetivamente en pruebas de laboratorio, y necesitan de esfuerzo extra con paciencia frente a la afectación psicopatológica, la cual requiere el análisis de criterios sintomatológicos descritos en categorías, donde la cantidad o número exacto necesario, el umbral de intensidad con que aparece y su gravedad o la duración y análisis de la transitoriedad del síntoma, son criterios esenciales para determinar la existencia de un cuadro psicopatológico relevante que requiere intervención. Para complicar más este proceso, encontramos las fases, estados y etapas que suelen atravesar los cuadros o categorías diagnósticas, los síndromes, síntomas, signos, junto al encubrimiento con que se presentan, provocando uno o varios problemas físicos, enmascarando el motivo principal de la consulta (Araña, 2008a).

En el momento actual, ante el desconocimiento y la infrautilización de las USL, órganos encargados de poner en marcha actuaciones preventivas y resolutorias en la detección de problemas de salud relacionados con el trabajo, contribuyendo incluso a su resolución administrativa, las personas afectadas de APT no disponen de una actuación efectiva para la valoración de su daño psíquico, ni de una

codificación internacional que integre en algún diagnóstico los diferentes síntomas, signos, enfermedades que padecen de forma reactiva frente a una agresión externa, ante estas conductas. De esta forma, recae en los MAP la tarea de realizar el examen de salud a estas, elaborando tras el proceso de anamnesis la historia clínica del paciente y emitiendo el informe médico referido al estado de salud, definido por las conclusiones diagnósticas y/o pronósticas finales. En él se podrá tener en cuenta exclusivamente el diagnóstico sanitario o considerar también las condiciones de trabajo previas que provocaron este trastorno.

Mientras estas USL se han convertido, por lo menos en Cataluña, en puntos de soporte de la AP y AE, integradas en la red sanitaria pública, con la finalidad de mejorar la detección de problemas de salud relacionados con el trabajo, contribuir a su resolución administrativa y emprender actuaciones preventivas. Aunque el propio Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña es consciente de que una parte nada despreciable de los problemas de salud relacionadas con las condiciones de trabajo o los riesgos a los cuales se encuentra expuesta la población trabajadora es atendida en la red asistencial pública, todo y que en el ámbito de las USL hay los dispositivos diagnósticos y asistenciales propios de esta patología. De esta circunstancia surge la necesidad de dotar a esta red sanitaria pública de instrumentos para identificar estos casos, establecer su relación con el mundo laboral y derivarlos a los circuitos pertinentes.

El acto médico finaliza cuando el profesional sanitario instaura un tratamiento lo más efectivo y seguro posible, según su criterio, para resolver la sintomatología asociada a la patología que sufre el paciente. En este sentido, el tratamiento medicamentoso de las personas afectadas por *acoso psicológico en el trabajo* suele ser, en general, la opción más utilizada tanto por el MAP, como por los psiquiatras, pues estas personas pasan a ser consideradas como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado. Estos profesionales disponen de un arsenal de medicamentos muy variado, suministrado por los laboratorios farmacéuticos autorizados para su comercialización y una vez han sido aprobados por las autoridades sanitarias, tras cumplir con los criterios de seguridad, eficacia y calidad, de acuerdo con los resultados procedentes de los ensayos clínicos, que garantizan su empleo para la-s indicación-es aprobada-s.

No obstante, las preguntas que las personas afectadas por APT en particular, aunque extensible en muchas ocasiones a la población en general, se hacen es si eso es lo más razonable. Las personas afectadas de hostigamiento psicológico laboral vuelven a expresar una serie de cuestiones y preguntas sobre este orden social establecido que demuestran que se encuentran atemorizadas e incomprendidas socialmente para poder resolver y recuperarse de su trauma:

¿Por qué se me intenta hacer doblemente víctima, primero el acosador, luego convencerme de que el problema es de mi personalidad y de no saber gestionar los conflictos?

¿Por qué se me etiqueta con un diagnóstico de trastorno mental de mi personalidad, o de mi estado de ánimo o de mi conducta, cuando he recibido una agresión externa?

¿Por qué no se diagnostica como un trastorno secundario o reactivo a una agresión externa y si como un trastorno endógeno de mi persona?

¿Por qué el médico de primaria me intenta convencer de mantenerme en este trabajo, si le estoy diciendo que tengo terror, pánico a volver ¡no me entiende!?

¿Por qué cree que me estoy inventando las situaciones y duda de mi palabra?

¿Cree que estoy paranoico/a?

¿Por qué me deriva a un psiquiatra y no a la unidad de salud laboral si mi problema no es mental, sino laboral?

¿Por qué tengo que tomar medicamentos?

¿Por qué una vez diagnosticado se me insta una pauta terapéutica de forma crónica, si yo no tengo un problema psicológico (hablan de desequilibrado mental)?

¿Por qué me cambian la medicación?

¿Por qué tengo efectos no deseados cuando tomo esta medicación?

¿Por qué se duda de que no tome la medicación, cuando no veo ninguna mejoría?

En definitiva, ¿por qué se me está estigmatizando y culpabilizando de mi situación?

En cambio el especialista, MAP o psiquiatra, se plantean otras preguntas:

¿Existe algún medicamento seguro y eficaz para el tratamiento del TEPT o la depresión mayor leve, moderada o grave?

¿Hay algún medicamento "mejor" o "más seguro" que otro en el tratamiento del TEPT o de la depresión mayor?

¿Cuál es el tiempo de espera para valorar la efectividad de un medicamento?

¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento medicamentoso tras la remisión del cuadro depresivo o del TEPT?

¿Qué hacer cuando aparecen más efectos adversos que beneficios en un paciente?

¿Qué estrategias farmacoterapéuticas están indicadas en la depresión resistente?

1.1. El acoso psicológico laboral u hostigamiento psicológico sistemático laboral. Conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral.

En el medio laboral pasamos un tercio de nuestra vida diaria, por lo que simplemente desde un punto de vista cuantitativo es un asunto obviamente de gran importancia. La actividad laboral ha adquirido un valor central en el conjunto de las actividades de los seres humanos ya que el trabajo organiza nuestras vidas, estructura nuestro tiempo y condiciona nuestras tareas y obligaciones, proporciona poder, control y dependencia sobre nuestras vidas y la de los demás, repercute sobre el nivel de vida social personal (el poder adquisitivo recibido a cambio de nuestro trabajo decide nuestro poder de compra) es fuente de reconocimiento y comparación frente a los demás, puede significar un incentivo al desarrollo profesional otorgando seguridad, identidad y autoestima a la persona, proporcionándole status y prestigio social, trasmite los valores y el conjunto de normas que rigen la vida social y cultural, al permitir representar una imagen triunfadora llena de oportunidades para resaltar en las relaciones sociales (Espino, 2008).

Además desde los organismos internacionales, los gobernantes, las empresas, el tejido económico-social cada vez más se pretende hacer de él la actividad central de nuestra vida, pues no sólo genera los recursos económicos necesarios para subsistir, sino que proporciona nuestra propia realización personal y nuestros vínculos sociales. Nuestras sociedades ya se organizan en torno al trabajo, la productividad, el salario, el consumo, de forma que se ha convertido en una necesidad humana que forma parte de nuestra subjetividad, y vincula al trabajador-ciudadano con nuestra sociedad (Espino, 2008). Es llamativo que una de las primeras preguntas que se dirigen las personas en nuestra sociedad es ¿Trabajas? o ¿Dónde trabajas? que condiciona obviamente el resto de la conversación, pues la persona que carece de él, sabe que de su respuesta el interlocutor extraerá conclusiones sobre su situación personal, de ahí que muchas personas ante esta pregunta mientan deliberadamente creándose una imagen falsa pero adecuada e integradora.

El mercado laboral actual ha experimentado una creciente diversificación de las formas de contratación. Los cambios en la organización del trabajo, especialmente las formas más flexibles de organización de la jornada laboral y una gestión de los recursos humanos más individualizada y orientada hacia un rendimiento obligatorio, tienen una profunda incidencia sobre la salud en el trabajo o, en términos más generales, sobre el bienestar en el trabajo. En este sentido, se observa que las enfermedades consideradas "emergentes", como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la violencia en el trabajo, el acoso y la intimidación, son responsables del 18% de los problemas de salud asociados con el trabajo, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral (COM, 2002). La frecuencia de estas patologías es dos veces superior en los sectores de la educación y los servicios sociales y de salud. Su aparición no se debe tanto a la exposición a un riesgo específico como a un conjunto de factores -la organización del trabajo, las modalidades de ordenación del tiempo de trabajo, las relaciones jerárquicas, la fatiga asociada al transporte y el grado de aceptación de la diversidad étnica y cultural en la empresa-, que deben inscribirse dentro de un contexto global que la Organización Internacional de Trabajo (OIT) define como «bienestar en el trabajo». Estas estrategias de prevención de los nuevos riesgos sociales deberían integrar igualmente la incidencia de las dependencias -en particular alcohol, drogas, medicamentos- sobre la tasa de accidentes (COM, 2002).

En este contexto, merece especial atención la cada vez mayor importancia de las relaciones laborales temporales, ya que la temporalidad y la falta de antigüedad

son factores que influyen negativamente en la salud en el trabajo. Los trabajadores con menos de dos años de antigüedad son más propensos a ser víctimas de accidentes laborales (para los trabajadores temporales, este efecto se deja sentir especialmente en los sectores de la construcción y en los servicios sociales y de salud). Entre estas nuevas formas contractuales, el trabajo a tiempo parcial y los horarios atípicos (p.ej., jornadas por turnos o jornada nocturna) entrañan igualmente más riesgos para los trabajadores, debido, sobre todo, a la falta de una formación adecuada, a los trastornos psicosomáticos causados por estas formas de trabajo, a la escasa sensibilización de los empresarios, o a la falta de motivación de los trabajadores con contratos precarios (COM, 2002).

Por consiguiente nuestra existencia en la sociedad actual se asienta sobre un sistema monetario de consumo. Las clases sociales y la imagen social se establecen de acuerdo, no a los ingresos que se obtienen, sino a la ostentación que se hace de los mismos. La finalidad última es destacar por encima de los demás en todos los aspectos de la sociedad, de ahí la importancia que se da al trabajo, como vía para la obtención de esos fines. Debemos trabajar para obtener el dinero suficiente para sufragar nuestros costes de vida. De ahí que nuestra dependencia al trabajo es extraordinaria, como se dice últimamente tras la reforma laboral aprobada recientemente, *"la esclavitud no se ha abolido, tan sólo se ha puesto en nómina"*.

Curiosamente esta sensación de impotencia, resignación y esclavitud generalizada tiene mucho que ver con la etimología de la palabra trabajo y de las connotaciones actuales que ha adquirido. Su origen procede del vocablo latino *tripalium*, que significa tres palos. Por lo que relatan los historiadores, consistía en un instrumento de tortura utilizado en el s. VI. En aquella época se amordazaba a los esclavos a una especie de cepo compuesto por tres trozos de madera. Una vez inmovilizados los presos eran azotados de forma cruel y despiadada. Con el *tripalium* derivó en el verbo *tripaliare*, que quiere decir torturar. De *tripaliare* surgió posteriormente *trebajo* cuya traducción literal implica esfuerzo, sacrificio y dolor. Finalmente, *trebajo* evolucionó hasta dar a luz a la palabra contemporánea *trabajo*, que actualmente se vincula con la idea de *tarea o labor* (Vilaseca, 2012). Es decir, podríamos afirmar que trabajar consiste en realizar una tarea que implica esfuerzo, sacrificio, y dolor, pudiendo llegar a convertirse en tortura. En la actualidad, mientras los excedentes empresariales se definen en el argot económico como beneficios, que se reparten entre directivos y accionistas, los beneficios que aporta el trabajador para la consecución de esos fines se definen como costes, coste laboral unitario, es decir un instrumento que hay que regular y abaratar para incrementar los excedentes a repartir. Esta propia terminología define claramente cuales son las intenciones y directrices de los directivos, pues la productividad de cada trabajador, y los costes por trabajador son los fines, por tanto los trabajadores son reconocidos como herramientas como recursos a utilizar a su antojo, en la organización de las empresas siempre encontramos una unidad denominada RECURSOS HUMANOS (Vilaseca, 2012).

El malestar generalizado en nuestra sociedad actual, se debe en parte a cómo nos relacionamos en nuestras circunstancias laborales. Al menos 7 millones de empleados en España padecen estrés, según un estudio de la Universidad de Alcalá de Henares (Piñuel et al, 2004). Cada vez más médicos afirman que trabajar más de 10 horas diarias tiene consecuencias perjudiciales para nuestra salud física y emocional, pues el estrés crónico puede provocar ataques de ansiedad, pánico, síntomas psicosomáticos que desencadenan en infartos, anginas de pecho, ictus, etc. Según esta misma encuesta 4 millones de asalariados padecen el síndrome del trabajador quemado, son aquellas que han llegado a una saturación de malestar, agotando por completo su depósito de ilusión y energía, literalmente *"ya no pueden más"*. Como consecuencia de ello, la depresión se ha convertido en un fenómeno normalizado. Según la OMS (WHO, 2008) al menos 6 millones de españoles sufren

en mayor o menor medida "*un profundo sentimiento de vacío, tristeza y apatía*". Se estima que las empresas españolas se gastan 750 millones de € en bajas laborales cada año, y 3 millones de empleados admiten consumir alcohol, hachís y/o cocaína para hacer frente a su jornada laboral, según un estudio realizado por la OIT. (Vilaseca, 2012).

Por consiguiente la empresa se ha convertido en la institución predominante en nuestra sociedad. La mayoría de las personas nos pasamos más de 1/3 de nuestra vida en despachos-cubículos, rodeados de personas que no hemos elegido y a quienes vemos más que a nuestra propia familia y amigos. Así, el jefe se ha convertido en una de las personas con más influencia en nuestra existencia. Casi todo el mundo trabaja para alguien. Si bien cada persona cuenta con su propia personalidad, la gran mayoría de jefes ejercen un liderazgo egocéntrico, autoritario, orientado excesivamente a lograr resultados en el corto plazo, afirma Blanchard (Vilaseca, 2012), experto en comportamiento organizacional. A su juicio estos jefes suelen centrar su pensamiento y su conducta más hacia el cumplimiento de las tareas profesionales que en el vínculo con las personas con las que trabajan, de ahí que suelen obsesionarse por que el trabajo se haga como ellos dicen que debe hacerse, creyendo erróneamente que las broncas son necesarias para corregir los errores de los colaboradores (Vilaseca, 2012).

Este estilo de liderazgo refleja una profunda ignorancia e inconsciencia, sobre todo porque el ordeno y mando, echar broncas, sólo sirve para empeorar el problema no para solucionarlo, pues genera resultados de insatisfacción para el que las emite, para el que las recibe y para la organización donde se producen. El autoritarismo contribuye a resquebrajar el ambiente laboral, creando una cultura organizacional basada en el miedo a ser castigado, lo que incrementa la inseguridad y la desmotivación de los colaboradores. Eso sí, mientras este tipo de jefes pagan su mal humor con sus subordinados sin reprimirse lo más mínimo, suelen ser muy dóciles, hipócritas y obedientes al interactuar con sus superiores, concluye Blanchard (Vilaseca, 2012). Fruto de esta situación, más de 6 de cada 10 empleados españoles "*no confían en su jefe*" y 1/3 se quejan de que "*nunca escucha*" según una encuesta nacional realizada por la consultora Otto Walter (Vilaseca, 2012). De ahí que muchos utilicen los adjetivos "tóxico", "nocivo" o "desquiciante" para describir el vínculo que mantienen con su superior. De hecho el 50% de la población activa española señala a su jefe como "la principal fuente de tensión, preocupación y malestar" derivada de su trabajo, según el estudio de la Universidad de Alcalá de Henares anteriormente citado. Curiosamente, este informe pone de manifiesto la cultura de la queja laboral más ampliada, además de quejarse de sus jefes, el 60 % de los asalariados españoles dicen que los que más le incomoda de su empleo es el "*mal ambiente*" que se respira entre sus propios compañeros, y éste se debe a la falta de apoyo y de comunicación, así como a las envidias y rivalidades que se dan entre los colaboradores que ocupan el mismo rango profesional (Vilaseca, 2012).

La convivencia empresarial. El maltrato psicológico en el trabajo

Las organizaciones empresariales, como formaciones sociales, se estructuran a partir de las relaciones de poder y coaliciones interdependientes que se forman entre sus miembros y que están en continuo proceso de negociación. El poder es el mecanismo básico dentro de la organización en torno al cual se desarrollan el resto de procesos. Así, la dinámica de una organización se explica a partir de las relaciones interpersonales que se forman dentro de una estructura jerárquica y organizada. El conflicto en la organización recoge la idea de una lucha, una pelea o un enfrentamiento entre opuestos. Los conflictos interpersonales consisten en rencores sociales, conflictos con compañeros y supervisores, conductas injustas y

un clima grupal inadecuado que repercute sobre el individuo y la organización. (Araña et al, 2008b)

En la convivencia social-empresarial-laboral para que la interacción en las relaciones laborales interpersonales sea efectivo, el trato o intercambio transaccional puro, la transmisión simple de información, objetos o servicios, es prácticamente imposible, pues la ausencia de manifestaciones afectivas suele ser percibido de manera negativa, con frialdad o rechazo, por ello el trato interpersonal debe contener elementos de amabilidad y de aceptación para ser eficiente. Así en el buen trato la calidad del componente afectivo es siempre positiva, en ello radica el éxito empresarial, pues un trato laboral intenso positivo, favorece la interactividad y reciprocidad aumentando la productividad de cada empleado. Por el contrario el maltrato interpersonal acarrea conflictos agudos que se cronifican sino se actúa sobre ellos y merma la capacidad de los trabajadores, disminuyendo su competitividad (De Rivera, 2011).

Al igual que una dinámica de relaciones personales satisfactoria facilita el trabajo, cuando aquellas son malas o no existen surge un factor muy importante de riesgo psicosocial (INSHT, NTP 1997 - 2011). La percepción del sujeto de su propio malestar psicofísico puede ser la antesala de la pérdida de su salud, o un síntoma de su enfermedad, o de algún conflicto psicosocial. Pero el "malestar" es tan sólo expresión de que algo, en general poco definible, le está ocurriendo al sujeto. El malestar pone en guardia, nos señala la necesidad de pasar a la acción. Dejando al margen las actividades aisladas por su misma naturaleza, el deterioro de las relaciones interpersonales varía en función del aspecto concreto analizado, los maltratos o "roces" intencionados obedecen a múltiples causas (Araña et al, 2008b):

A. La organización del trabajo es uno de los factores cruciales para comprender el fenómeno del acoso. En numerosos casos, y con carácter general, derivará de elementos de la organización anejos a su estricta jerarquización (y baja participación), alejamiento o falta de formación de los mandos altos o intermedios, que no facilitan la comunicación, no fomentan la cohesión de los elementos del grupo o no diseñan procedimientos de mediación y arbitraje capaces de solventar los conflictos internos, muchas veces dados por la indefinición de roles de los empleados y estructuras de poder poco claras (cometidos a cada persona y su papel en la organización), regulando las interacciones entre individuos y la coordinación de actividades, buscando la coherencia en las directrices dadas y facilitando canales de información adecuados (Leymann, 1996). En muchos otros, por falta de concreción sobre la necesidad del proceso de socialización y entrenamiento en los contactos entre los compañeros, por mor precisamente de la competitividad (en lugar de trabajo en equipo o colaboración en las tareas complementarias) y por ausencia de apoyo social para consolidar su integración, proporcionando relaciones de calidad o facilitando personas dispuestas a ayudar a nivel emocional, instrumental, informático o de evolución (NTP 349,439,704 del INSHT) (Araña et al, 2008b).

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. 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 personales entre compañeros de trabajo pertenecientes al mismo equipo pueden dar lugar a episodios o procesos de

violencia psicológica causantes de maltrato psicológico, acoso sexual y/o acoso moral, no en vano, el individuo se ve sometido a una agresión externa para la que no se encuentra respuesta adecuada (Araña et al, 2008b):

- 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."
- 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.
- Puede existir en determinados ambientes una patente desigualdad entre mujeres y hombres, con mayor proclividad al acoso sexual
- Cabe que se generen potenciales tensiones cuando hay un grupo 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.

B. Particulares son los ejemplos de ataques a víctimas de acoso moral, 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. Una de las particularidades de este tipo de procesos es que el afectado perciba que sus hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño o mal, lo que convierte a la situación en especialmente estresante. Además, el individuo interpreta las situaciones como una gran amenaza a su integridad, pues contraría algunas de sus expectativas (como la de recibir un trato equitativo) y atenta contra sus necesidades básicas como la necesidad de afiliación (necesidad de estar asociado y de tener relaciones afectuosas con otras personas) y de estatus (necesidad de una relación con los otros, establecida y respetada) (INSHT, Nota 476) (Araña et al, 2008b).

C. Las relaciones entre jefes y subordinados suelen estar sujetas a una tensión natural, por cuanto ambos colectivos defienden desde un principio intereses contrapuestos. De este modo, si el supervisor o encargado 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. Así la justicia procedimental, entendida como la equidad en los procesos para la asignación de recursos y la toma de decisiones y a su aplicación de forma consistente y libre de sesgos, es un potente predictor del acoso laboral. El tratamiento desconsiderado o abrasivo y los favoritismos de los superiores se relacionan significativamente con el sentimiento de tensión y presión en el trabajo. No obstante esta relación presenta la característica de que entre las partes implicadas existe una asimetría de poder (formal, por dependencia jerárquica, o bien informal, por posición de liderazgo de la parte acosadora, al disponer de poder debido a una posición de mayor experiencia, conexiones sociales, antigüedad dentro de la empresa, etc.). Esta posición asimétrica es un elemento clave que permite que el proceso de APT se materialice. Desde estas posiciones prevalentes de poder de la parte acosadora, la persona acosada se encuentra en una situación de vulnerabilidad que suele inhibir su capacidad para emitir una respuesta adecuada ante las conductas de violencia psicológica que le afectan (Araña et al, 2008b).

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 que genera otro desajuste psicológico conocido como el síndrome del quemado "*burnt out*": 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. Las víctimas y aquellos que han presenciado situaciones de acoso psicológico describen su ambiente laboral como estresante, con una alta sobrecarga de trabajo y carga mental para desarrollarlo, donde no es posible expresar ideas ni opiniones y donde los trabajadores tienen un bajo control sobre las tareas que desempeñaban (Araña et al, 2008b).

Finalmente, los estilos de liderazgo débiles, inadecuados o "*laissez-faire*" también parecen influir en la aparición del acoso. En un estudio entre 4500 trabajadores noruegos, se encontró que el estilo de liderazgo "*laissez-faire*" se relacionaba positivamente con el conflicto y la ambigüedad de rol, y con los conflictos entre compañeros de trabajo. Además, estos estresores mediaban los efectos del estilo de liderazgo en el *mobbing*. De esta forma, los resultados mostraron que el estilo "*laissez-faire*" no es un tipo de liderazgo neutro, sino más bien una forma destructiva de liderazgo que crea un entorno estresante donde el acoso puede prosperar con mayor facilidad (Einarsen et al, 1994). A este respecto Ashforth (1994), hablaba del pequeño tirano o el líder autoritario como antecedente del acoso, y argumentaba que los mandos medios corrían un mayor riesgo de "convertirse" en pequeños tiranos debido a su necesidad de control, su desconfianza en los subordinados y su necesidad de aprobación por la alta dirección. La explicación más directa propone que si los sujetos padecen un liderazgo rígido o inexistente, la organización no será eficaz en la aplicación de los límites marcados por la disciplina, no ofrecerá alternativas para la resolución de conflictos y estará dominada por valores contradictorios. Esto puede dar lugar a ambigüedad de rol y a mayores niveles de estrés, lo que a su vez favorecerá un incremento en las conductas de acoso. Los datos expuestos inducen a considerar que el estilo de liderazgo desempeña un papel decisivo en la aparición del acoso laboral.

D. Otro de los factores que muestran una gran incidencia en la aparición de conductas de acoso es la cultura corporativa de las organizaciones. De acuerdo con Moreno et al (2005) el entorno de trabajo puede transmitir ciertas actitudes y valores a través de la cultura de la organización, lo que puede facilitar la aparición del acoso. La cultura corporativa podría definirse como el conjunto de significados compartidos dentro de una organización. En las organizaciones donde existe una cultura muy fuerte, puede existir mayor conformidad con las normas y las consignas de los superiores, lo que puede facilitar la aparición del acoso psicológico, ya que aquellos miembros que rompen las normas y reglas del grupo podrían estar más expuestos a situaciones de este tipo. El estrés y la frustración pueden, del mismo modo, conducir a la búsqueda de chivos expiatorios dentro de la organización, como un método para descargar la tensión y el estrés (Araña et al, 2008b).

E. Los investigadores prestan cada vez más atención a los efectos de la globalización, la liberalización de los mercados, la lucha por la eficiencia y la intensificación del trabajo, con la idea de que estos cambios, que afectan a la mayoría de las organizaciones, pueden derivar en un incremento del APT y de los comportamientos abusivos por parte de los jefes y los compañeros. Con el objetivo de seguir siendo competitivas, las organizaciones se ven forzadas a acometer cambios tecnológicos y organizativos, que a menudo incluyen reestructuraciones y reducciones de plantilla. Como consecuencia de estos procesos, los trabajadores, a todos los niveles de la organización, pueden encontrarse en situaciones de sobrecarga de trabajo y de incertidumbre respecto a sus empleos, del mismo modo la competencia entre trabajadores se ha incrementado debido a las elevadas tasas de desempleo. A medida que aumenta la inseguridad en el trabajo, es menos

probable que los trabajadores hagan frente y desafíen el trato injusto y agresivo por parte de sus jefes (Einarsen y Hauge, 2006).

Simultáneamente, a los mandos directivos se les proporcionan más oportunidades de usar su poder. Las estructuras resultantes de las reestructuraciones y reducciones de plantilla pueden forzar a muchos directivos, incluso de forma involuntaria, a utilizar comportamientos más autoritarios y agresivos para realizar su trabajo. Es probable que las organizaciones ejerzan una presión creciente sobre sus mandos directivos, y aumenten las probabilidades de que los directivos, cada vez con menos tiempo y recursos disponibles, puedan emplear tácticas de acoso para alcanzar sus objetivos. Los jefes pueden aplicar dichas prácticas porque saben que su comportamiento no tendrá contestación debido a la diferencias de poder entre las partes implicadas. Igualmente, es más probable que los trabajadores de todos los niveles de la organización empleen tácticas de acoso, como la única forma de supervivencia en determinadas situaciones. De ahí que los predictores más potentes de la aparición de conflictos en el lugar de trabajo son el uso de trabajadores a tiempo parcial, cambios en la dirección y recortes en las remuneraciones de los trabajadores (Araña et al, 2008b).

Conductas de maltrato psicológico sistemático en las empresas

Las acciones o conductas encaminadas a hostigar a una persona tal como se describen en el anexo 1, suelen ser muy variadas, desde formas explícitas como ataques físicos o verbales, hasta formas más subliminales, discretas y sutiles, como la exclusión o el aislamiento de la víctima del grupo. Los tipos de conductas hostiles concretas de maltrato psicológico o actos de violencia psíquica dirigidos hacia la vida privada o profesional del trabajador y que atentan contra su dignidad o integridad, física o psíquica, mobbing, clasificadas por factores, están recogidas en inventarios (INSHT, Nota 476) que detallan este tipo de conductas violentas y que ayudan a establecer la estructura del fenómeno del APT e identificar más claramente el riesgo en base a análisis teóricos o psicométricos. No obstante, pueden darse conductas compatibles con un caso de APT que no estén tipificadas en los inventarios existentes. Las acciones de violencia psicológica en el trabajo que tienen potencial para afectar la salud del trabajador pueden consistir en ataques a la víctima con medidas organizativas; ataques a las relaciones sociales de la víctima; ataques a la vida privada de la víctima; amenazas de violencia física; ataques a las actitudes de la víctima; agresiones verbales; rumores (INSHT, Nota 854). Piñuel (2001) pionero en España en el estudio del *mobbing* en organizaciones laborales expone que las estrategias utilizadas para someter a la víctima a acoso psicológico son muy variadas, y la mayor parte de las veces se combinan unas con otras a modo de «tratamiento integral».

Estas conductas se han objetivado gracias a los distintos estudios, especialmente en Escandinavia, que exploran los factores organizacionales que promueven la aparición del acoso (Einarsen, 2000). Se han identificado numerosos factores psicosociales, como el conflicto de rol (Einarsen et al, 1994), la ambigüedad de rol (Einarsen et al, 1994; Jennifer et al, 2003), el bajo control sobre la propia tarea (Vartia, 1996; Vartia y Hyyti, 2002; Zapf et al, 1996), la calidad del liderazgo (Ashforth, 1994; Einarsen et al, 1994; O'Moore et al, 1998; Skogstad, et al en prensa; Vartia, 1996), bajo apoyo social de los compañeros y los superiores (Hansen et al, 2006; Zapf et al, 1996), un clima social negativo (Agervold y Mikkelsen, 2004; Archer, 1999; Einarsen et al, 1994; Hoel y Cooper, 2000; Vartia, 1996; Vartia y Hyyti, 2002; Zapf et al, 1996), un entorno laboral estresante y competitivo (O'Moore et al, 1998; Salin, 2003a), la sobrecarga de trabajo (Einarsen et al, 1994; Hoel y Cooper, 2000), la inseguridad laboral (Baron y Neuman, 1998), los cambios organizacionales (Baron y Neuman, 1998; Hoel y Cooper, 2000; O'Moore et al, 1998; Skogstad et al, en prensa). De forma indirecta, la presión

temporal también parece ser un predictor significativo del acoso, ya que reduce la posibilidad del manejo constructivo de conflictos (Zapf et al, 1996). Resumiendo algunos de los estudios mencionados (Einarsen et al, 1994) encontraron que el acoso se desarrolla en climas organizacionales caracterizados por ser poco estimulantes para el desarrollo personal, con trabajos poco interesantes y rutinarios.

La hipótesis organizacional, que postula que un entorno de trabajo pobre crea las condiciones que pueden conducir al acoso psicológico en el trabajo, constituye uno de los enfoques más aceptados para explicar el mobbing, especialmente en los países Escandinavos (Agervold y Mikkelsen, 2004; Björkqvist et al, 1994; Einarsen et al, 1994; Leymann, 1996). En este sentido, los factores relacionados con las deficiencias en el diseño del trabajo, deficiencias en los estilos de liderazgo, una posición expuesta socialmente, y un bajo nivel moral dentro del departamento parecen ser los principales factores que llevan al mobbing (Leymann, 1990, 1996). Desde esta perspectiva, el acoso está causado principalmente por problemas en el diseño de la tarea y en el ambiente social de las organizaciones, siendo seleccionadas las víctimas por estar más expuestas socialmente (Einarsen, 2000). (Leymann, 1992) consideraba que las condiciones del ambiente de trabajo eran las causas fundamentales del mobbing, y que los factores de personalidad eran irrelevantes para el estudio del mismo. En términos generales se observa que mientras algunos autores defienden la idea de que la personalidad de la víctima y el acosador está relacionada con este tipo de procesos (Zapf et al, 2003), otros, como (Leymann, 1996), han desechado de forma rotunda esa teoría, buscando los orígenes en factores relativos a la organización del trabajo y la calidad del liderazgo, atribuyendo al azar y a ciertas circunstancias desafortunadas las que determinan quién se convierte en víctima y quién no.

La presencia de una conducta indicativa de mobbing no obstante no informa sobre su intensidad ni sobre su frecuencia. (De Rivera, 2011) su obra con fuerte influencia en Leymann, se centra en el maltrato psicológico en las instituciones y, junto a Albuin elaboraron en 2003 una versión dicotómica escalar, que fue publicada en la revista *Psiques*. En ella se añade la posibilidad de valorar la calidad de la estrategia de acoso desde "0", estrategia no presente, hasta "4", estrategia de intensidad o frecuencia máxima (Rivera y Albuin, 2003). Posteriormente, con la experiencia acumulada de estudios posteriores fue publicada en 2005 por la Editorial EOS de Madrid.

Así las conductas y comportamientos de maltrato psicológico en las organizaciones más típicos pueden ser agrupados en las siguientes categorías (Araña et al, 2008b):

a. Actos de sabotaje laboral: los obstáculos al desenvolvimiento profesional pueden presentar muy diversas modalidades, orientadas bien a socavar su formación profesional, bien a poner cualquier traba al desarrollo concreto de los cometidos a desempeñar. De entre otros muchos posible, puede destacar a los siguientes (Araña et al, 2008b):

- ⊗ Condenar a un empleado al ostracismo (al "destierro laboral"), no asignándole ninguna tarea, procurando que no encuentre ocupación alguna y sancionando sus iniciativas.
- ⊗ Encomendar una cantidad de trabajo imposible de realizar o labores que exigen una competencia superior a la poseída.
- ⊗ Alterar continuamente sus funciones correspondientes como trabajador
- ⊗ Saltarlo en la línea jerárquica, recabando información y dando instrucciones a un subordinado suyo
- ⊗ Establecer horarios inadecuados y ocultar útiles, herramientas o informaciones necesarias para la ocupación habitual

- ⊗ 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.
- ⊗ Infundir en la víctima el temor a errar.
- ⊗ Denegar derechos o gratificaciones merecidas por el trabajador y recogidas en su convenio colectivo como derechos laborales.
- ⊗ Propiciar un trato desigual, sea en perjuicio del acosado, sea en su beneficio, en cuyo caso sufrirá el recelo de sus compañeros.
- ⊗ 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.
- ⊗ Forzar al empleado a actuar contra su propia conciencia, manteniéndole permanentemente confuso respecto a cuales sean sus competencias o responsabilidad dentro de la empresa.

b. Aislamiento: no es extraño que el hostigador realice cuantas maniobras precisas para impedir a la víctima relacionarse socialmente dentro de la empresa, imposibilitándole, además, encontrar aliados y amenazándole 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 (Araña et al, 2008b).

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 (Araña et al, 2008b):

- Rechazará la comunicación directa, optando por insinuar mediante gestos, miradas o actitudes corporales.
- Deformará el lenguaje para que no se comprenda su contenido, enviando mensajes vagos, ambiguos o imprecisos.
- Emitirá continuas amenazas, insultos o reproches.
- Recurrirá a una terminología técnica y abstracta que impresione su erudición.

c. Descalificaciones: otra finalidad del acosador viene dada por destruir la reputación (tanto laboral como profesional) del trabajador cuya desestabilización se pretende atribuyéndole motivaciones psicológicas, espurias o vergonzantes que pueden debilitar al grupo o a la unidad. Así le ridiculiza 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 o problemático); imitando sus gestos o sus comportamientos; atacando sus creencias políticas y religiosas o recurriendo a la burla, mofa, sarcasmo, denigración y desprecio (Araña et al, 2008b).

d. 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 algunos 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 socavar la dignidad de la víctima, de su integridad moral como trabajador (Araña et al, 2008b).

En conclusión, cuando la interacción interpersonal es dañina o afectivamente perjudicial y las conductas de psicoterror son diversas (viscerales, sutiles o rebuscadas), continuas, repetitivas, intensas e intencionadas, en un contexto del cual es difícil escapar, estaremos ante lo que (De Rivera, 2011) define como acoso psicológico: "el mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, que tienen lugar de manera continua, frecuente, repetida, persistente, intensa, injusta y desmedida, sin posibilidad de escape ni defensa, favorecidas, toleradas o permitidas por el entorno en el que tiene lugar, y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades". Las conductas y comportamientos que pueden generar ese maltrato psicológico que podría desencadenar en acoso psicológico las diferencia en 3 tipos:

1. Amenazar, insultar, criticar, despreciar, ridiculizar, acechar, perseguir
2. Inducir sentimientos negativos, como miedo, desánimo, preocupación, confusión, inseguridad,
3. Interferir con sus dinámicas mentales, dificultar la realización de actividades y tareas, sobrecargarle con exigencias y expectativas que no puede cumplir.

La idea es intimidar, apocar, reducir, amilanan y consumir emocionalmente 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, de orgullo, utilizando todo tipo de pluriofensividad (De Rivera, 2011).

Dificultades en la estrategia de búsqueda por la diferente terminología utilizada

Para poder comprobar que la magnitud de este problema laboral es extraordinaria, este estudio realizó una estrategia de búsqueda de artículos que analizaran los problemas psicopatológicos generados en el ámbito laboral a partir de una revisión de estudios epidemiológicos en población que trabaja, al ser el contexto más objetivo donde obtener los datos y el tipo de población analizada, y a su vez poder correlacionar entre países la prevalencia de las conductas hostiles sistemáticas en el trabajo. La obtención de información laboral, sanitaria y epidemiológica se realizó en la base de datos de Pubmed con las palabras clave: *mobbing, bullying workplace, psychological harassment at work, depression, anxiety, prevalence, epidemiology*, detectándose un conjunto de términos relativamente equivalentes al *mobbing* utilizados con más o menos frecuencia según el entorno geográfico que se trate para describir este fenómeno.

Mientras que la violencia física en el lugar de trabajo ha sido reconocida desde siempre, la violencia psicológica ha sido ampliamente desestimada y es solo a partir de las últimas dos décadas que ha comenzado a recibir atención. Así en las relaciones de trabajo pueden existir conductas, episodios o fenómenos hostiles o dañinos que pueden responder a múltiples causas y denominarse de distintas formas. En la literatura especializada internacional se han empleado diversos términos para denominar a la violencia psicológica de naturaleza no sexual: *abuse, abusiveness, aggression, bullying, bullying at work* (intimidación en el trabajo), *bullying/mobbing, counterproductive workplace behavior, emotional abuse, emotional abuse in the workplace* (abuso emocional en el lugar de trabajo), *emotional harassment, employee emotional abuse, generalized workplace abuse, harassment, hostile workplace behaviour, maltreatment, mistreatment, mobbing*, (acoso psicológico en el lugar de trabajo), *nonphysical aggression, nonsexual harassment, non-status-based harassment, psychological abuse, psychological aggression, psychological harassment, psychological terror, scapegoating, status-blind bullying, status-conscious bullying, unlawful bullying, vexatious behaviour, work harassment* (hostigamiento laboral), *workplace abuse, workplace aggression, workplace bullying, workplace harassment, workplace hostility, workplace incivility, workplace psychological violence* (anexo 2)

La mayoría de autores nórdicos (Einarsen et al, 1994), finlandeses (Paanen y Vartia, 1991), alemanes (Knorz y Zapf, 1996; Leymann, 1996; Schuster, 1996, Kistner, 1997) y austriacos (Niedl, 1995) han optado por el término mobbing casi con exclusividad. Cuando pasamos al ámbito anglosajón, ya sea británico (Hoel et al, 1999; Rayner, 1997), irlandés (O'Moore, et al, 1998), o australiano, (Mc Carthy et al, 1996) predomina el uso del término *bullying at work* (del inglés *to bully* que significa intimidar, tiranizar, maltratar, ofender brutalmente) se utiliza para describir humillaciones, vejaciones, novatadas u otras amenazas.

Esta distinción entre mobbing y bullying establece una clara diferencia geográfica entre países de habla inglesa y no inglesa, aunque algunos autores americanos hayan empleado para designar conductas/comportamientos de acoso en el lugar de trabajo (*constructs defining aggressive behaviour at work*), como *abusive behaviour at work* (Keashly et al, 1994), *aggressive behaviour at work* (Keashly y Rogers 2001), *counterproductive work behaviour* (Spector y Fox, 2002), *emotional abuse* (Keashly y Jagatic, 2003), *emotional abuse in the workplace* (Keashly 1998; Davenport et al, 1999), *harmful workplace behaviour* (Aquino, 2000), *mistreatment* (Spratlen, 1995), *mobbing syndrom*, *victimization* (Aquino, 1999) u otros términos relacionados con el lugar de trabajo además del *workplace bullying at work* (Adams, 1992a) o *workplace harassment and bullying* (Adams, 1992b), como fueron *workplace abuse aggression* (Keashly y Jagatic, 1999) *workplace aggression* (Baron y Neuman, 1998; Schat y Kelloway, 2003), *workplace hostility* (Namie, 2000), *workplace incivility* (Anderson y Pearson, 1999), *workplace psychological violence* (Baron y Neuman, 1999), *workplace trauma* (Wilson, 1991), *workplace victimation* (Aquino et al 1999) *workplace violence* (Baron y Neuman, 1996).

Mientras en otros países europeos aparecen otras denominaciones, Holanda *undesirable behaviour* (Huber y van Veldhoven, 2001), en los países del sur de Europa, aparte del uso frecuente del término mobbing, en Italia se emplea la frase *terrore psicologico sulposto di lavoro* (Ege, 1996), u otras denominaciones que enfatizan la naturaleza vejatoria de estas acciones, como *vessazioni e perscuzioni in ufficio* (Bianchi, 2001), o aquellas que inciden en el carácter violento del acoso, como por ejemplo *violenza psicologica sul luogo di lavoro* (Casilli, 2000). En España el uso de la palabra mobbing (*Hostigamiento psicológico en el trabajo*) es habitual junto a otros varios, por ejemplo, tanto Camps del Saz et al (1996) y Martín y Pérez (1998) utilizaban el término hostigamiento psicológico en el trabajo en su NTP del ISHT y lo asimilaban directamente al término mobbing. González de Rivera (2000) habla del síndrome de acoso institucional, síndrome del chivo expiatorio o síndrome del rechazo de cuerpo extraño; Núñez (2002) lo denomina intimidación y amedrentamiento en el trabajo; mientras Piñuel (2001) y Sánchez Carazo (2002) hablan de APT; Fuertes (2004) de acoso laboral y tanto éste como Piñuel (2001) también lo denominan psicoterrorismo en el trabajo.

Por último, diversos autores enumeran algunos términos empleados para referirse a modalidades concretas o conductas específicas de mobbing, como *bossing*, equivalente al abuso de poder por parte de supervisores jerárquicos, el *whistleblowing* o acoso hacia quienes denuncian irregularidades en la empresa, el *stalking*, traducible como comportamientos de acecho, o el *ijeme*, término japonés para referirse a novatadas escolares pero extrapolado al mundo del trabajo.

De los mencionados, mobbing y bullying son los que más se han popularizado y a pesar de que en su origen había una distinción conceptual entre ambos, en el sentido de que el *mobbing* haría referencia a una situación de acoso colectivo (con el acento puesto en la víctima) y el *bullying* a una situación de acoso individual (acosador/víctima), en la actualidad se han asimilado, lo que no impide que según el país se prefiera utilizar uno u otro.

En España se ha denominado como APT, acoso laboral, acoso moral, acoso social, maltrato psicológico, abuso emocional, conductas hostiles sistemáticas en el trabajo u hostigamiento psicológico sistemático laboral, persecución, violencia psicológica, terror psicológico, terrorismo psicológico o finalmente presión laboral tendenciosa. De esta forma, el primer paso será exponer y contextualizar el concepto de APT teniendo en cuenta que en los primeros estudios se denominaba a este fenómeno como psicoterror laboral o mobbing. Como hemos visto, al acoso psicológico si tiene lugar en un centro de trabajo independientemente de sus características se le denomina APT.

Terminología, categorización e instrumentos de evaluación del mobbing

A lo largo de este estudio utilizaremos indistintamente el término anglosajón mobbing o el de acoso psicológico laboral, teniendo en cuenta siempre que este acoso es de naturaleza no sexual y ocurre en el contexto laboral. En la actualidad socialmente en España, el uso cotidiano y la práctica de estas acepciones son intercambiables, aunque los matices que introducen si son importantes, y algunos de ellos desvirtúan el verdadero proceso, de ahí que se han añadido los conceptos jurídicos de acoso moral o presión laboral tendenciosa y los de seguridad e higiene en el trabajo de hostigamiento psicológico o conductas hostiles sistemáticas en el trabajo (harassment/bullying at work). A pesar de la variedad conceptual, todos los términos comparten características comunes:

1. El elemento común a las definiciones es la manifestación de comportamientos negativos de modo repetido y duradero (frecuencia, duración y categorización de las conductas negativas): aunque no existe un criterio de corte claro, es importante subrayar que esa comunicación hostil, que la exposición a esas acciones, actividades o conductas negativas deben ocurrir sobre una base muy frecuente y durante un largo período de tiempo. Esta frecuencia ha sido utilizada como una definición operativa para diferenciar entre los casos severos de acoso laboral y la exposición al mismo de forma menos intensa. De esta forma, para concebir una acción como APT esta debe cumplir al menos dos criterios temporales: deben tener lugar de manera frecuente (por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses). Así se intentan excluir los conflictos pasajeros y centrados en un momento concreto, que están presentes en todas las organizaciones (Leymann, 1996).

La frecuencia y duración de la experiencia de las conductas negativas, son elementos clave para poder hablar de *mobbing*. *Mobbing* no se refiere a conductas simples y aisladas sino a conductas persistentes y repetidamente dirigidas a un trabajador durante un largo período de tiempo. Más que la intensidad de las conductas negativas *per se*, es precisamente el carácter crónico de la violencia lo que permite distinguir al *mobbing* de los conflictos interpersonales cotidianos (Leymann, 1996). No obstante, otros investigadores han abierto la posibilidad de que la intensidad de una sola conducta negativa pueda llegar a generar un efecto considerable en la víctima (Einarsen et al, 2003; Hoel y Cooper, 2000).

Categorización de las conductas negativas. Las acciones o conductas encaminadas a hostigar a una persona tal como se han descrito suelen ser muy variadas, desde formas explícitas como ataques físicos o verbales, hasta formas más discretas y sutiles, como la exclusión o el aislamiento de la víctima del grupo. En base a análisis teóricos y psicométricos se ha intentado establecer la estructura del fenómeno del APT.

La aportación más importante de Leymann (1996) aparte de acuñar el término, fue la de determinar y caracterizar el *mobbing* mediante una lista de 45 tipos de

conductas, comportamientos o actitudes hostiles, activas, dominadoras producidas por los "agresores-hostigador" y, por el otro actitudes y comportamientos de tipo reactivo o inhibitorio, ambas actividades son objetivables, demostrables, y clasificadas en cinco grandes categorías (anexo 3). Estas actividades de acoso están dirigidas a limitar su comunicación, limitar su contacto social, desacreditar y desprestigiar su capacidad profesional y laboral, comprometer su salud, generando una lista en forma de preguntas que ha sido utilizado como test para identificar las maniobras principales para destruir a un buen profesional. La expresión de las situaciones de hostigamiento psicológico hacia un individuo se manifiesta de muy diversas maneras, pero se pueden distinguir conductas, comportamientos, maniobras hostiles, ataques para destruir a un buen profesional. Esta descripción operativa se denomina *Cuestionario de Estrategias de acoso LIPT* (anexo 4). Este Cuestionario es la prueba fundamental para identificar el acoso psicológico laboral que utiliza Puig (Peña et al, 2011), psicólogo de diversas asociaciones de ayuda a personas víctimas de acoso psicológico laboral, escolar, sexual (AVALC, FEDALE, Alto al Mobbing), con amplia experiencia en el apoyo psicológico y tratamiento de numerosas víctimas, y ha sido una de las herramientas básicas para incluir a la víctima en la población de estudio de esta investigación.

Tabla 2. Cuestionario de Estrategias de acoso LIPT

<p>1. <i>Actividades de acoso para reducir o limitar las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con los demás, incluidos el propio acosador.</i> Se ataca la auto-expresión y la capacidad de comunicarse (preguntas 1-11 del LIPT). Muchas de las acciones comprenden una manipulación de la comunicación o de la información con la persona afectada que incluyen una amplia variedad de situaciones; manteniendo al afectado en una situación de ambigüedad de rol (no informándole sobre distintos aspectos de su trabajo, como sus funciones y responsabilidades, los métodos de trabajo a realizar, la cantidad y la calidad del trabajo a realizar, etc., manteniéndole en una situación de incertidumbre); haciendo un uso hostil de la comunicación tanto explícitamente (amenazándole, criticándole o reprendiéndole acerca de temas tanto laborales como referentes a su vida privada) como implícitamente (la víctima es silenciada, no se le da ninguna oportunidad de comunicarse, es sometida a ataques verbales, no se le dirige la palabra, no se hace caso a sus opiniones, ignoran su presencia, etc.); utilizando selectivamente la comunicación (para reprender o amonestar y nunca para felicitar, enfatizando la importancia de sus errores, minimizando la importancia de sus logros, etc.).</p>
<p>2. <i>Actividades de acoso para evitar o limitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos o relaciones sociales</i> (preguntas 12-16 del LIPT). Evidenciar la presencia física de dicho trabajador en la organización puede llegar a convertirse en una tarea imposible. No se dirige la palabra a la víctima, procurando además que nadie lo haga, (los colegas del trabajo no hablan con la víctima, la víctima es físicamente aislada de los demás) Se le cortan las fuentes de información, se le aísla físicamente de sus compañeros.</p>
<p>3. <i>Actividades de acoso dirigidas a desacreditar la dignidad personal o impedir a la víctima mantener su reputación personal</i> (preguntas 17-31 del LIPT). La víctima es el objeto preferido del acosador o acosadores (la víctima es el blanco de chismes y burlas), y la misión principal de éste o éstos consistirá en ridiculizarle por medio de comentarios injuriosos contra su persona, o riéndose públicamente de él, de su aspecto físico, de sus gestos, de su voz, de sus convicciones personales o religiosas, de su estilo de vida, etc. Uno de estos comportamientos, de gran incidencia y objeto de diversos estudios, sentencias judiciales, etc. es el acoso sexual. Se pueden dar también diversas acciones contra la reputación del afectado como trabajador.</p>
<p>4. <i>Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante el desprestigio y la desacreditación de su capacidad profesional y laboral, acciones contra el ejercicio de su trabajo</i> (se dan a la víctima tareas sin sentido o no se le da trabajo en absoluto) (preguntas 32-38 del LIPT). El objetivo será demostrar su ineficacia para la tarea asignada, la desacreditación y el desprestigio de su capacidad profesional, encomendándole trabajo en exceso o difícil de realizar, incluso solicitándole trabajo innecesario, monótono o repetitivo, o también trabajos para los que el individuo no está cualificado (<i>shunting</i>), o que requieren una preparación menor que la poseída por la víctima; o, por otra parte, privándole de la realización de cualquier tipo de trabajo; enfrentándole a situaciones de conflicto de rol: negándole u ocultándole los medios para realizar su trabajo, solicitándole demandas contradictorias o excluyentes, obligándole a</p>

realizar tareas en contra de sus convicciones morales, etc.
5. <i>Actividades de acoso que comprometen o afectan a la salud física o psíquica de la víctima</i> (a la víctima se le asignan tareas peligrosas, es amenazada con daño corporal o es atacada físicamente) (preguntas 39-45 del LIPT). Aparte de de ataques directos, el mero sometimiento a un régimen de acoso psicológico, ya tiene efectos negativos, psicológicos y psicosomáticos, pero lo que se evalúa en este cuestionario son las conductas del acosador/es, no su repercusión en el acosado. Otras acciones muestran la característica de que son situaciones de inequidad mediante el establecimiento de diferencias de trato, o mediante la distribución no equitativa del trabajo, o desigualdades remunerativas, etc.

Este Cuestionario LIPT fue adaptado y modificado por De Rivera y Rodríguez (2003 y 2005), ampliándolo con 15 nuevos ítems, alcanzando el número total de 60 ítems (Cuestionario de estrategias de APT-LIPT60) (anexo 4) que aportan algunas cuestiones clarificadoras sobre las conductas relacionadas con el *mobbing*, aplicadas a nuestro medio. De Rivera (2011) propone que conceptualmente el *mobbing* puede considerarse como una forma de estrés psicosocial crónico, constituida por la acumulación prolongada de microtraumas interpersonales repetidos que tienen lugar en el medio laboral.

Los estudios factoriales realizados con muestras de víctimas han permitido diferenciar una variedad de estrategias de *mobbing*. Einarsen y Raknes (1997) mediante análisis factoriales *Negative Acts Questionnaire* (NAQ) (anexo 4) encontraron tres componentes de síntesis: acoso dirigido al ámbito personal, acoso laboral y aislamiento social. Einarsen y Hoel (2001) diferenciaron el NAQ en dos factores que denominaron *bullying* personal (agresiones verbales, intimidar, lanzar insultos, bromear y ridiculizar públicamente, extender rumores y chismes) y *bullying* relacionado con el trabajo (afecta a las tareas y competencias del trabajador).

Los alemanes Zapf et al (1996), tras el análisis del cuestionario LIPT recogían las conductas sobre el fenómeno y las clasificaban en 7 factores (anexo 1). Los factores 1 al 6 se corresponderían con el primero de los encontrados por Einarsen y Hoel (2001). El factor relativo a violencia física aparecería en los estudios más amplios de *bullying*, que incluyen no solo la violencia psicológica sino también la física, y el último de los siete sólo aparecería ocasionalmente en la investigación. Posteriormente Zapf (1999a) redujo a cinco categorías básicas que son las que se encuentran en los estudios típicos de *mobbing*: 1) acoso relacionado con el trabajo, que dificulta la realización de las tareas; 2) aislamiento social; 3) ataques personales a la vida privada mediante ofensas o insultos; 4) amenazas verbales; 5) violencia física.

Es importante anotar la equivalencia de los factores en los diferentes estudios por varias razones. Por un lado, los cuestionarios utilizados varían en su número de ítems (el LIPT representa casi el doble de ítems de los que consta el NAQ), lo que influye en el número de los factores empíricos aislados. Por otro, el tipo de muestra influye considerablemente en la importancia de los mismos. Por ejemplo, cuando se comparan víctimas con no víctimas, las primeras obtienen puntuaciones sensiblemente más altas en los factores que reflejan las estrategias típicas implicadas en el *mobbing*, de las que se excluye el factor de agresión física (Einarsen y Raknes, 1997). Igualmente, entre las víctimas, aquellas que son acosadas por superiores tienden a informar de más actividades de *mobbing* basadas en el uso de medidas organizacionales y de menos rumores y ataques a las relaciones sociales, que aquellas que son acosadas por sus colegas (Zapf, 1999a)

Mientras este patrón de comportamiento fue bien estudiado en Europa desde la década de 1980, no lo fue tanto en Estados Unidos. Davenport et al (1999) fue el pionero al atraer la atención del público de Estados Unidos con la publicación del libro *Mobbing: emotional abuse in the American workplace*, donde describe el

fenómeno y sus consecuencias. Estos autores filtraron la lista de Leymann fijando 10 factores clave del síndrome de acoso psicológico, identificaron cinco fases en el proceso de acoso psicológico, y definieron tres "grados" de *mobbing* análogos a las quemaduras de primero, segundo y tercer grado (anexo 5).

Entre los cuestionarios y escalas utilizados en España destacan el *Barómetro Cisneros* (Fidalgo y Piñuel, 2004), que alcanza ya su XI estudio, así como el NAQ de (Einarsen y Raknes, 1997, Einarsen y Hoel, 2001), adaptada a España por Sáez et al (2003) y una versión reducida por Moreno et al (2007) (anexo 4), estos autores identificaron dos factores de síntesis; un componente relacionado con conductas de acoso dirigidas al ámbito personal y privado, y otro componente relativo a las conductas de acoso relacionadas con el trabajo.

Piñuel (2001) elaboró como instrumento de evaluación del APT, la denominada escala Cisneros, cuestionario de carácter autoadministrado compuesto por 43 ítems que objetivan y valoran 43 conductas de acoso psicológico. Dicho cuestionario forma parte del Barómetro CISNEROS®, integrado por tres escalas (la escala Cisneros para evaluar el grado de acoso psicológico sufrido; una segunda escala para valorar el Estrés postraumático construida a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV; y una tercera escala de Abandono profesional que mide la intención de la persona de cambiar de trabajo y/o de profesión), cuyo objetivo es sondear de manera periódica el estado, y las consecuencias, de la violencia en el entorno laboral de las organizaciones. Algunas partes del Cuestionario han sido diseñadas de manera idéntica a herramientas de medida ya existentes en la investigación científica de forma que permiten la comparación con los datos de otras encuestas similares que se han realizado en países europeos.

2. En segundo lugar, el acoso psicológico no se entiende como un fenómeno estático, sino como un proceso escalar gradual en el que la persona objeto de acoso se enfrenta a agresiones que crecen en intensidad y frecuencia. Matthiesen et al (1989) plantean que el acoso debe ser entendido como un proceso continuo que varía desde la no exposición a una elevada exposición.

Báguena et al (2006) a la hora de analizar este proceso plantean que el énfasis puede situarse más en la víctima 'de una horda' (*mobbing*) o más en el comportamiento de un 'agresor intencional' (*bullying*). Desde la primera perspectiva del *mobbing*, Leymann (1990a) distinguió 5 fases en el proceso de *mobbing* como se ha descrito. Desde la segunda perspectiva de la literatura de la agresión, *bullying*, Björkvist (1992) considera que es un proceso que se desarrolla en tres fases. La primera se caracterizaría por el uso de estrategias indirectas de acoso (propagar rumores) en un intento por degradar la imagen de la víctima. La segunda se correspondería con actos más directos de agresión (la persona es aislada o humillada en público). En la tercera aparecerían las formas más claras de agresión directa y abuso de poder.

En la misma línea Einarsen (1999) clasificó el proceso de acoso en cuatro etapas; comportamientos agresivos, acoso, estigmatización y trauma severo. En un principio, los comportamientos agresivos pueden ser sutiles e indirectos, por lo que son difíciles de reconocer y afrontar. Posteriormente, la víctima puede ser expuesta a formas más directas, mediante las cuales es humillada, ridiculizada y aislada cada vez más. La consiguiente estigmatización hace que para la víctima sea más difícil defenderse, ya que la imagen de ser una "persona problemática" se ha instalado entre sus compañeros y superiores. Al final del proceso de acoso, a menudo la víctima padece una amplia gama de síntomas de estrés, donde los periodos prolongados de baja por enfermedad son necesarios para intentar hacer frente a la situación. En las últimas fases, es probable que ni la dirección ni los compañeros ofrezcan apoyo a las víctimas, sino que cuestionen el papel de las mismas en la

situación, culpándoles de su propia desgracia. La falta de apoyo en el ambiente de trabajo se confirma en un estudio que muestra que las víctimas de acoso a menudo aconsejan a otras víctimas que abandonen su organización y busquen apoyo en otro lugar.

En conclusión Einarsen y Hauge (2006) afirman que aunque existen distintas formas de conceptualizar y tratar de explicar los procesos de APT, de forma general pueden resumirse en dos modelos complementarios: la explicación desde un modelo que atiende a factores sociales y organizacionales, o centrando la atención en la personalidad, tanto de víctima como del acosador.

3. Estresor social complejo y grave. Leymann (1993c) consideraba al *mobbing* como un *estresor social complejo* en la medida que incluye diversidad de conductas o actividades negativas, indicadoras de un conflicto interpersonal exagerado, un tipo de conflicto muy distinto a los conflictos con los que habitualmente nos encontramos en el mundo laboral.

El carácter distintivo del conflicto reside entre otras cosas en la *gravedad* de las consecuencias para la víctima. Ya en sus primeras investigaciones observó que las víctimas informaban de síntomas de enfermedad física y psicológica, en un grado de gravedad que iba mucho más allá de las típicas reacciones de estrés que tradicionalmente se abordan dentro del ámbito de estudio del estrés organizacional (Leymann, 1990a). Como veremos en el apartado 1.2., Leymann y Gustafsson (1996) detectaron que las víctimas de *mobbing* podían desarrollar trastornos mentales graves (TMG), como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el TEPT, que daban lugar a cambios de personalidad permanentes, mientras que los trabajadores expuestos a los conflictos laborales cotidianos no desarrollaban tal tipo de sintomatología. Dado que para Leymann (1993c) las causas del *mobbing* se encuentran en factores relativos a la organización tales como posibles defectos en el liderazgo, el diseño de trabajo o el clima social, cabría en suma señalar que el *mobbing* representaría un estresor organizacional, cuyas consecuencias serían comparables en su gravedad a las que generan los acontecimientos catastróficos.

4. Numerosos autores plantean que para definir una situación como acoso, es necesario que exista un desequilibrio de poder entre las partes, una diferencia de poder, ya sea real o percibida, entre el agresor y la víctima. En el contexto del *mobbing*, desequilibrio de poder entre las partes significa que la persona tiene poco control y esta carencia de control influye tanto en su salud física y psicológica como en su uso de estrategias para manejar de modo activo el conflicto. El desequilibrio de poder puede deberse a la estructura de poder formal de la organización, a la existencia de un poder informal basado en el conocimiento y la experiencia, debido al apoyo de personas influyentes, o también, a la dependencia de la víctima respecto del acosador (Hoel y Cooper, 2000).

Las víctimas a menudo encuentran dificultades para defenderse durante el desarrollo del proceso, lo que implica una diferencia de poder, ya sea real o percibido, entre las partes (Einarsen et al, 1997). Niedl (1995) profundiza en estas diferencias y las clasifica en cuatro grandes bloques: físicas (corpulencia o fuerza física), psicológicas (problemas de autoestima de la víctima), económicas (dependencia económica), y sociales (diferencia jerárquica en la organización). Estas diferencias impiden que la persona objeto de acoso se defiendan. De hecho, en numerosos casos el supervisor es el acosador, mientras que los subordinados son los objetivos del acoso, lo que nuevamente indica la existencia de desequilibrios de poder entre las personas implicadas (Niedl, 1995)

5. *Intencionalidad del mobbing*: frente a autores que no consideran un elemento esencial la intención de causar daño por parte del acosador, otros investigadores si

que utilizan como concepto explicativo la teoría de la agresión (*bullying*), no existiría *mobbing* si no hubiese intención de causar daño (Björkqvist et al, 1994). Sin embargo, verificar la presencia de intencionalidad es algo difícil. Aunque algunos episodios de *mobbing* sean conscientes e intencionados, puede no existir intención de causar daño grave por parte del perpetrador o acosador (entraría en juego la distinción entre agresión instrumental vs afectiva). Igualmente, las personas pueden ser conscientes de que alguien está siendo objeto de *mobbing* y no ser plenamente conscientes de la contribución que están realizando a esa situación (Einarsen et al, 2003; Zapf y Einarsen, 2005).

6. Mobbing interpersonal vs organizacional: el *mobbing* es un fenómeno que se desarrolla a partir de la interacción dinámica entre, al menos, dos partes (interacción interpersonal directa). Estas relaciones de interacción dinámica se producen en sentido horizontal (acoso entre colegas), vertical, tanto de arriba abajo (acoso del supervisor al trabajador) como de abajo arriba (del trabajador al supervisor). Liefoghe et al (2001) sugirieron que el *mobbing* podía referirse también a aspectos de lo que podría denominarse *mobbing organizacional*. Se trataría así de situaciones en las que prácticas y procedimientos organizacionales que son percibidos como opresivos, humillantes y degradantes, se emplean de modo frecuente y persistente, de forma que la mayor parte de los trabajadores se sienten victimizados (interacciones indirectas entre el individuo y la dirección).

Zapf (2004) (anexo 3) propone un modelo de mobbing organizacional representado en forma de cinco círculos concéntricos para ilustrar y facilitar la comprensión del *mobbing*, y sus distintas manifestaciones:

El círculo externo considera los distintos conflictos sociales que pueden influir en una organización (situación del mercado laboral, condiciones particulares de un sector productivo o reestructuraciones de plantilla, fusiones o adquisiciones,...) y que tienen capacidad para crear un clima negativo propicio para el aumento de la incertidumbre y el malestar de los trabajadores.

El siguiente círculo representa los conflictos laborales internos dentro de las organizaciones, las distintas situaciones de tensión que se producen en la empresa como consecuencia de una relación distante entre los trabajadores y la dirección, o entre los representantes de estos con aquella (conflictividad que puede originarse ante graves desacuerdos con las políticas organizativas, las luchas internas,...).

El tercer círculo representa las políticas organizativas que son percibidas como injustas por los empleados, "*mobbing organizativo*", donde se adoptan decisiones que son fuente de malestar (imponer una política retributiva o de clasificación profesional de forma insatisfactoria para los trabajadores).

El cuarto círculo conlleva la aparición de actos hostiles y negativos sobre algunos miembros de una organización (conductas que suelen estar representadas en las evaluaciones sobre *mobbing*). Estos actos suelen ser repetidos y frecuentes sobre una o varias personas.

En el último círculo estaría representado quién se siente objetivo del acoso, y la percepción de la víctima objeto de ataques continuos, directos y recurrentes.

7. Finalmente, las víctimas de *mobbing* pueden estar expuestas a una amplia gama de conductas de tipo directo o indirecto, en forma de insultos persistentes o comentarios ofensivos, críticas constantes, abusos personales o físicos reiterados, a otras se les da un tratamiento silencioso, experimentando así aislamiento y exclusión social (Mikkelsen y Einarsen, 2002a). El común denominador de estas conductas es que se utilizan con el propósito de humillar, intimidar, aterrar o

castigar a la víctima. En la mayoría de las víctimas de *mobbing* es central el sentimiento de ser tratadas injustamente (Rodríguez, 2011). Actos aislados que resultan molestos, como el asignar tareas por debajo de las propias competencias, ser objeto de bromas por parte de compañeros o que no te avisen para ir a tomar café con ellos, pueden ser considerados como aspectos cotidianos en el entorno de trabajo, pero no como situaciones de acoso. No obstante, cuando estas conductas se repiten de manera sistemática durante un tiempo prolongado, dando lugar a un ambiente de trabajo desagradable y hostil para quien lo padece, pueden considerarse como comportamientos de acoso (Salin, 2006).

Psicoterror laboral o mobbing

El psicoterror laboral o mobbing, es un término usado para describir las agresiones o ataque indiscriminado por parte de un grupo o una persona contra la víctima. El origen etiológico de la palabra *mobbing* parece que fueron expresadas por primera vez por el etólogo Lopenz, que lo utilizo para describir ciertas conductas agrupadas de ataque de un grupo de animales a un único animal indefenso según se hizo eco De Rivera (2011). Posteriormente **Leymann** (1932-1999) de origen alemán, establecido en Suecia, reconocido como el pionero y máximo experto en el estudio del maltrato en el ámbito laboral, introdujo el concepto y el término de *mobbing* o terror psicológico para describir en el ámbito laboral formas severas de acoso en las organizaciones aplicándolo al contexto de las organizaciones empresariales, como el resultante de un conflicto profesional mal resuelto, (*mobbing* procede del verbo inglés *to mob*, que los diccionarios traducen como «acosar, atropellar, maltratar, asediar, regañar, atacar en masa», En cuanto al sustantivo, *mob* significa «muchedumbre, jauría». No hay que olvidar que en inglés *Mob*, con mayúscula, significa «mafia»).

El origen del término muestra bien a las claras que se trata de un fenómeno de grupo y, por extensión, sugiere que los métodos no son siempre muy claros (Leymann, 1990a): "*El mobbing o terror psicológico en el ámbito laboral consiste en aquella situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática y recurrente por uno a varios individuos contra otro, respecto de las que mantiene una relación asimétrica de poder, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que, finalmente, esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo. La víctima debido a ese acoso psicológico, se ve así empujada a una posición de desamparo, indefensión y desvalimiento, y manteniéndosele en ella activamente por medio de actividades continuadas de acoso. Estas actividades tienen lugar de manera frecuente (como criterio estadístico, por lo menos una vez a la semana), y durante largo tiempo (criterio estadístico, por lo menos seis meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato acaba por resultar en una considerable miseria mental, psicósomática y social*". Según este autor este concepto define el encadenamiento, durante un largo periodo de tiempo, de palabras malintencionadas y artimañas hostiles, expresadas y manifestadas por una o varias personas hacia una tercera (la víctima) poniéndola en una situación de desventaja con alto riesgo de ser despedida de su trabajo. Las tres condiciones necesarias son:

- 1) los actos han de ser sentidos como hostiles,
- 2) se repiten frecuentemente (al menos una vez por semana) y
- 3) se prolongan durante un cierto periodo de tiempo (por lo menos seis o más meses).

El *mobbing* parte así de una situación inicial de conflicto, en la que ambas partes se encuentran en una posición asimétrica de poder en la empresa o institución, pero la parte acosadora trata de sustanciar dicho conflicto mediante la emisión de conductas de violencia psicológica hacia la víctima. De esta manera, es la parte

acosadora la que tiene más recursos, alianzas, antigüedad, soporte, posición superior jerárquica, etc. que la persona acosada (De Rivera, 2011).

A modo de reconocimiento a su labor en este estudio, y por su inestimable experiencia en tratar a numerosas personas que han padecido APT, se ha de mencionar al psicólogo Puig (Peña et al, 2011) que define al *mobbing* como: "*El comportamiento voluntario ejercido por una o varias personas en el ámbito laboral y que mediante la denigración del trabajador tiene por finalidad conseguir la autoeliminación de éste por abandono voluntario del puesto de trabajo o baja médica, y/o satisfacer la necesidad patológica de agredir y/o provocar cambios de comportamientos en la víctima (sumisión, concesiones, adhesión a ideas concretas, etc...), y que puede conllevar graves consecuencias para las víctimas.*"

Acoso psicológico en el trabajo

En España, el psicólogo Piñuel (2001) ha sido pionero en el estudio del APT, y junto con su grupo de colaboradores de la Universidad de Alcalá de Henares realizó una investigación para la búsqueda de un modelo (anexo 3) que pudiese cuantificar el APT en las organizaciones laborales españolas. Del resultado de sus estudios nació su concepto de APT: "*el deliberado y continuo maltrato verbal y modal que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado e incluso excelente en su desempeño, por parte de uno o varios compañeros de trabajo (incluido muy frecuentemente el propio jefe), que se comportan con él cruelmente con el objeto de lograr desestabilizarlo y minarlo emocionalmente para conseguir su aniquilación o destrucción psicológica, con vistas a deteriorar y hacer disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo así, más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos, o ajenos a un trato respetuoso o humanitario y que atentan contra la dignidad del trabajador*". Según este autor el APT tiene como objetivo intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la ocasión que le brinda la situación organizativa particular (reorganización, reducción de costes, burocratización, cambios vertiginosos,...) para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas.

Conductas hostiles sistemáticas en el trabajo. Bullying/Harassment at work

El concepto de *hostigamiento psicológico sistemático laboral (conductas hostiles sistemáticas en el trabajo)* tiene su etiología en Brodsky (1976), primer autor que se refiere al trabajador hostigado, en un estudio motivado por la promulgación de una ley de condiciones de trabajo en Suecia. Describió este fenómeno como: "*los intentos repetidos y persistentes de un individuo de atormentar, desgastar, frustrar o conseguir una reacción de otro individuo, mediante un trato que continuamente provoca, presiona, asusta, intimida o causa la incomodidad de otro individuo en el trabajo*". Por lo tanto, una víctima de acoso es insultada, maltratada y ridiculizada, y además percibe que tiene pocos recursos para responder y hacer frente a estos comportamientos. Su enfoque socio-médico se centró en la dureza de la vida del trabajador de base en un contexto en el que hay accidentes laborales, agotamiento físico, horarios excesivos, tareas monótonas y problemas que hoy se abordarían desde un enfoque de riesgos psicosociales laborales relacionados con el estrés, pero el hecho de su insuficiente distinción entre situaciones laborales estresantes no ha tenido mayor impacto en el estudio científico del *mobbing*.

Einarsen et al (1999) describieron este proceso de hostigamiento relacionándolo con Bullying. Definieron el *bullying at work* como "*todas aquellas acciones y prácticas repetidas que se dirigen a uno más trabajadores, que no son deseadas por la víctima, que pueden hacerse de modo deliberado o inconsciente, pero que claramente causan humillación,*

ofensa y malestar, y que pueden interferir con la ejecución del trabajo y/o causar un ambiente de trabajo poco agradable". Una definición similar la ofreció la investigadora finlandesa Salin (2003): "comportamientos negativos repetidos y persistentes hacia uno o más individuos, que implica un desequilibrio de poder y crea un ambiente de trabajo hostil". Para ambos autores estas conductas significan intimidar, hostigar, irritar, ofender, excluir socialmente a alguien o dificultarle la realización de su trabajo.

Actualmente existe cierto consenso a la hora de delimitar conceptualmente el fenómeno del APT, siendo principalmente las definiciones de los expertos escandinavos Einarsen et al (2003) y Salin (2003), las que han sido asumidas no sólo por la doctrina científica, sino también por las instituciones sociales y políticas relevantes en materia de salud laboral. Einarsen et al (2003) lo definía como: "acosar, hostigar, ofender, excluir socialmente a alguien o interferir negativamente en sus tareas laborales. Para concebir una acción actividad, interacción o proceso como acoso psicológico (o mobbing) esta debe ocurrir regularmente (semanalmente) y durante un prolongado periodo de tiempo (por lo menos seis meses". El acoso es un proceso gradual, durante el cual la persona, desde una posición inferior, se convierte en el objetivo de comportamientos sociales negativos de forma sistemática durante este tiempo la persona es objeto de persistentes acciones negativas por parte de otra/s personas, y por diversas razones se enfrenta a dificultades persistentes para defenderse de las mismas. Un conflicto no puede ser entendido como una situación de acoso si se trata de un único incidente aislado o si ambas partes en conflicto tienen una "fuerza similar".

En España se ha establecido el concepto de *hostigamiento psicológico laboral* mediante la NTP del INSHT como *Psychological harassment at work: mobbing*. Esta NTP describe el hostigamiento psicológico en el trabajo o mobbing como: "La exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúa frente a aquella/s desde una posición de poder (no necesariamente jerárquico). Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante a la salud". El término *harassment* (hostigamiento, persecución sexual, acoso) se usa para «ataques repetidos e inopinados de una persona a otra para atormentarla, minarla, frustrarla y provocarla». Es interesante como herramienta de trabajo la lectura del artículo que dio pie a la NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing de Martín y Pérez (1998)*.

Diez años después la NTP 854 del INSHT ha actualizado este concepto y presenta una definición operativa de APT desde el marco técnico de la prevención de riesgos laborales, con el objeto de facilitar un marco conceptual que permita al especialista identificar y discriminar el APT de otro tipo de situaciones. Este grupo ha utilizado el término de APT para describir este proceso, aunque en la propia bibliografía que adjuntan aparecen otras acepciones. El término APT tiene como antecedentes el libro de Piñuel (2001), y del monográfico sobre APT elaborado por Moreno y Rodríguez (2006) que se presentó en inglés como *Special issue on mobbing in the workplace*, utilizando indistintamente y de forma intercambiable *mobbing/bullying*. En general estos autores han publicado artículos en inglés bajo esa denominación indistinta de *workplace mobbing* o *workplace bullying*. Entre quienes prefieren el uso de *workplace bullying*, hacen también equiparable esta expresión a *harassment*, y en ambos casos como una forma de hostigamiento e interacción negativa que puede expresarse de muchas maneras, desde la agresión verbal y excesiva crítica o monitorizar el trabajo, al aislamiento social o al trato silencioso. De este modo, el *bullying/harassment* es una cuestión de acumulación de muchos actos *menores*, que se convierten en un patrón de maltrato sistemático.

Acoso moral

Hirigoyen (2001) psiquiatra francesa, pionera en su país en el estudio de este fenómeno utilizó la denominación de *Harcèlement moral*, conocida en España como acoso moral a través de la traducción y publicación de su libro (Hirigoyen, 2001), a

pesar de que distintos autores han mostrado su reticencia a este calificativo. A partir de sus publicaciones, pues se tendía a confundir «mobbing» con «estrés» empezó a difundirse el concepto de *acoso moral* como: *"cualquier manifestación de una conducta abusiva y, especialmente, los comportamientos, palabras, actos, actitudes, gestos y escritos que atentan, por su repetición o sistematización, contra la personalidad, dignidad o la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo"*. Esta investigadora no propone un criterio temporal de exposición mínima o de duración del proceso. Los requisitos que la autora describe como acoso moral en el trabajo, se pueden ordenar de la siguiente manera:

⊗ Conducta abusiva.

⊗ Actuación repetitiva y sistemática: el acoso moral se caracteriza ante todo por la repetición. Son actitudes, palabras, conductas que, tomadas por separado, pueden parecer anodinas, pero cuya repetición y sistematización las convierten en destructivas

⊗ Comportamiento discriminatorio: Prácticamente se podría afirmar que todo acoso es discriminatorio, ya que señala el rechazo a una diferencia o a una particularidad de la persona. La discriminación se suele disimular, ya que está prohibida por ley y por ello, a menudo, se convierte en acoso moral

⊗ Relaciones laborales asimétricas: es decir, el acoso suele tener lugar de superiores jerárquicos a subordinados (aunque también puede darse entre iguales e, incluso, de subordinados a superiores jerárquicos): «el acoso moral no se establece en una relación simétrica como el conflicto, sino en una relación dominante-dominado, en la que el que controla el juego intenta someter al otro y hacerle perder su identidad. Cuando eso ocurre dentro de un cuadro de relación de subordinación, es un abuso de poder jerárquico y la autoridad legítima sobre el subordinado se convierte en dominio sobre una persona.

⊗ Dosificación del daño: el acoso moral es una violencia en pequeñas dosis, que no se advierte y que, sin embargo, es muy destructiva. Dicho ataque, tomado por separado, no es realmente grave; es el efecto acumulativo de microtraumatismos frecuentes y repetidos lo que constituye la agresión

⊗ Dificultad para probarlo: el acoso moral se sitúa, al menos al principio, a partir de percepciones mínimas y por ello es tan difícil de probar en el sentido jurídico del término»: Además, «dada la naturaleza extremadamente sutil y oculta de los hechos de acoso moral, no es fácil aportar pruebas de ello. Muy a menudo, el asalariado sólo toma conciencia de su situación cuando ya es muy tarde, cuando está muy afectado y de baja laboral.

El acoso moral toma formas distintas según el sector o ámbito en el que se da, tanto en el sector público como en el privado. En el privado, es más brutal, contundente, dura menos y se suele terminar con la marcha de la víctima de la empresa. En el sector público, el acoso moral se desarrolla durante períodos más largos, puede durar varios años, en ocasiones incluso decenas de años, ya que, en principio, las personas están protegidas y no pueden ser despedidas a menos que cometan una falta muy grave. Por otro lado, las víctimas del acoso son trabajadores de ambos sexos; no obstante, las estadísticas revelan un mayor índice de mujeres que de hombres acosados (Hirigoyen, 2001).

De Rivera (2011) cree desacertada esta acepción, pues en español la palabra "moral" hace pensar en normas y reglamentos y tiene un tinte ético y casi religioso, entendiendo este acoso como una maniobra de presión para obligar a la conformidad y cumplimiento del deber por parte de la víctima (esta es precisamente una de las funciones del acoso institucional pues basa su estrategia en forzar a la víctima a integrarse en la estructura cultural "moral" de una institución, en lo que se refiere fundamentalmente a los criterios y valores jerárquicos). Desmoralizar a una persona es sacarla de su línea de vida, interferir en ella, apartarle de su destino y culpabilizarla de su situación según Frank (1976) psicoterapeuta norteamericano: *"la persona desmoralizada se siente, en grado variable, desesperanzada, indefensa y aislada. No puede hacer frente a algunos aspectos de su vida, se culpa a sí misma por su fracaso. Se siente alienada de los demás, incierta sobre su futuro, desanimada, ..."*. (De Rivera, 2011).

Concepto unificado de mobbing según el contexto social, laboral, sanitario y, jurídico actual

Los antecedentes de este fenómeno se iniciaron en otoño de 1993, cuando la Junta Nacional de Seguridad y Salud Laboral sueca estipuló una resolución de carácter jurídico que prohibía la victimización psicosocial en el lugar de trabajo (AFS, 1993). El APT y la expulsión del mercado laboral podrían así, si no ser totalmente evitados, al menos ser limitados. Dicha resolución fue el resultado de la investigación efectuada durante los 10 años anteriores. Este factor problemático y dañino para la salud en los lugares de trabajo, fue descrito por primera vez por Leymann y Gustavsson en 1984. Desde entonces, el Fondo Sueco para el Ambiente de Trabajo ha financiado numerosos estudios (Leymann, 1986, 1988, 1990, 1992a, 1992b, 1992c, 1992d). A principios de la década de 1990, se iniciaron en diferentes países una serie de programas de investigación: Austria (Niedl, 1995), Noruega (Einarsen y Raknes, 1991), Finlandia (Paanen y Vartia, 1991) y Alemania (Becker, 1993; Zapf, et al, 1996). Observaciones periódicas y clínicas también han sido reportadas en EE.UU. e Inglaterra (Adams, 1992), Australia y Dinamarca. Todos estos informes tienen en común las muy graves consecuencias para la salud de los fenómenos hostiles en el trabajo.

Aunque no hay una definición unificada de este proceso probablemente la más actualizada sea la de Einarsen et al (2011) traducida y adaptada por Escartin et al (2012) que describen el fenómeno como hostigamiento, reuniendo los dos términos (mobbing/bullying): *"el Mobbing/Bullying ocurre si alguien se convierte en objetivo y es sistemáticamente hostigado, acosado, ofendido, excluido socialmente, o es forzado a hacer tareas humillantes, si la persona en cuestión es llevada a una posición inferior con dificultades para defenderse por sí misma, y si además ocurre repetidamente (al menos una vez por semana) y por un largo período de tiempo (al menos 6 meses).*

Esta nueva definición contempla una nueva innovación en la perspectiva holística e integradora pudiendo resaltar al menos 7 aportaciones novedosas fundamentales Escartin et al (2012) frente a la que expusieron los mismos autores Einarsen et al en el año 2003. Con esta nueva definición se:

- Subraya la distinta naturaleza de las diversas y múltiples formas que el mobbing puede tomar sin entrar a ejemplificar ninguna de ellas.
- Reconoce la existencia de diferentes grados de severidad en las diversas acciones constituyentes del APT
- Focaliza la atención en el proceso de acoso y lo desfocaliza del proceso de victimización
- Enfatiza la relevancia del contexto organizacional de la persona afectada.
- Destaca el efecto dañino del mobbing en la organización
- Desvincula las acciones de mobbing de las consecuencias derivadas de dicho proceso de acoso psicológico.
- Establece categorías de mobbing, diferenciando las dirigidas a la persona (realizar insultos, bromear sobre alguien excesivamente, extender rumores y chismes, criticar persistentemente, intimidar) de las dirigidas al trabajo (dar plazos de entrega imposibles, dar un volumen de trabajo inmanejable, vigilar excesiva e injustificadamente el trabajo, asignar tareas insignificantes o sin sentido, no asignar ninguna tarea)

Para este estudio, en base a las características descritas, que recogen el contexto social, laboral, sanitario y, jurídico actual, se propone la siguiente definición de APT: ***"aquella conducta voluntaria que una persona, con superioridad jerárquica, o un grupo de personas, ejerce/n en el lugar de trabajo, una violencia psicológica extrema y/o presión tendenciosa, durante un tiempo prolongado, de forma consciente, sistemática, repetitiva y recurrente sobre una víctima, con la finalidad de destruir su confianza, autoestima, reputación, asertividad, y perturbar así el ejercicio de sus funciones, generándole desconfianza en el trabajo que realiza, modificando y deteriorando su imagen para enfrentarla con los otros trabajadores,***

favoreciendo su aislamiento laboral y social, y/o satisfacer la necesidad patológica de agredir y/o provocar cambios de comportamientos en la víctima (sumisión, concesiones, adhesión a ideas concretas, etc.), y que puede conllevar graves consecuencias psíquicas para las víctimas, consiguiendo la autoeliminación laboral de la víctima, por abandono voluntario del trabajo o baja médica, sin que medie ningún despido por causas objetivas y sin dejar huellas”.

En esta definición se observan las siguientes características:

a) Se trata de conductas de violencia psicológica extrema. Leymann determinó, en una lista de 45 actividades (Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)), conductas, comportamientos o actitudes hostiles, activas, dominadoras producidas por los “agresores-hostigadores” frente a actitudes y comportamientos de tipo reactivo o inhibitorio propios de la víctima, subdivididas en cinco categorías en función de los efectos que producen a las víctimas: reducir o limitar las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con los demás, incluido el propio acosador, evitar o limitar que la víctima tenga la posibilidad de establecer y mantener contactos sociales, desacreditar la dignidad personal o impedir a la víctima mantener su reputación personal, reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante el desprestigio y la desacreditación de su capacidad profesional y laboral, acciones contra el ejercicio de su trabajo que comprometen o afectan su salud física o psíquica.

b) Se trata de conductas o comportamientos repetitivos y recurrentes de manera sistemática. Todos los autores consideran fundamental estas conductas reiterativas y repetitivas como esenciales del *mobbing*, porque permite distinguir APT de otros conflictos pasajeros, que aún pudiendo ser más significativos o virulentos, responden a reacciones impulsivas que no podrían calificarse de malintencionadas, aún cuando ciertamente de ellas puede derivar un reproche social y más específicamente una sanción que afecte a la relación jurídica-laboral establecida entre las partes.

c) El APT no se entiende como un fenómeno estático, sino como un proceso escalar gradual en el que la persona objeto de acoso se enfrenta a agresiones que crecen en intensidad y frecuencia. Leymann (1990a) distinguió 5 fases en el proceso de *mobbing*:

La primera sería la *fase de conflicto*, puesto que la situación disparadora de este proceso de violencia siempre es una disputa o conflicto. Fase de duración breve, las conductas negativas representan un tipo de agresión indirecta, sutil, que incluso a veces es difícil de reconocer por la persona que está siendo víctima de ella.

La segunda es la *fase de mobbing y estigmatización*. Aquí las conductas agresivas son más directas y tienen como finalidad humillar, ridiculizar y dejar progresivamente aislada a la víctima. Esta situación prolongada tiene como resultado el comienzo de la estigmatización de la víctima, lo que la convierte en más vulnerable e indefensa, pudiendo llegar a experimentar un rango amplio de síntomas de estrés.

La tercera es la *fase de intervención desde la empresa*. El conflicto, inicialmente conocido únicamente por los miembros del grupo de la víctima, trasciende a la dirección, desde la que puede ofrecerse una solución positiva o negativa al conflicto. Es en este segundo caso cuando se tiende a aceptar y asumir los prejuicios producidos en la etapa previa (se acentúa la estigmatización) y se produce el error fundamental de atribución, de forma que jefes y colegas ofrecen

explicaciones del comportamiento de la víctima basadas en sus características personales más que en factores ambientales.

La siguiente es la *fase de diagnóstico incorrecto*. Es fácil que si la persona busca ayuda se le proporcione un diagnóstico incorrecto, diagnóstico que puede perjudicar gravemente su oportunidad de rehabilitación al mundo laboral.

La última es la *fase de marginación o expulsión de la vida laboral*. Llegados a este punto es fácil que la víctima abandone su puesto de trabajo, muy probablemente tras haber pasado largas temporadas de baja. Pueden desarrollarse enfermedades graves e incluso, en casos extremos, llegarse al suicidio

d) Estas conductas/comportamientos agresivos están dirigidos a destruir a la víctima. El propósito final, el objetivo del acosador/es es la destrucción del equilibrio psicológico de la persona acosada, es desestabilizarla para satisfacer la necesidad patológica de agredir y/o provocar cambios de comportamientos en la víctima (sumisión, concesiones, adhesión a ideas concretas, etc.) y en caso negativo conseguir la autoeliminación laboral de la víctima, por abandono voluntario del trabajo o baja médica, sin que medie ningún despido por causas objetivas y sin dejar huellas (Peña, et al 2011). Es frecuente que para minar la capacidad del trabajador y conseguir ese objetivo se intensifique y acreciente la frecuencia de los ataques, por lo que la capacidad y la resistencia del afectado se ven ampliamente superadas, lo que puede motivar su salida de la organización, o en ocasiones la realización de intentos autolíticos o suicidios consumados. En otras circunstancias, las alteraciones emocionales y de la personalidad repercuten en las relaciones sociales, de pareja, y en la calidad y eficacia del trabajo de la persona acosada, motivo éste que proporciona nuevos argumentos para justificar la agresión e, incluso, incrementando la percepción pública de lo merecido de dicha situación, culpabilizándose de su propia situación, aumentando así los riesgos autolíticos (Piñuel, 2001).

Hirigoyen (2001), psiquiatra francesa, pionera en el estudio del acoso moral en su país define al agresor como un perverso narcisista que identifica al otro, a la víctima, como un rival que amenaza su poder. Los motivos de esta conducta los encuentra en un ambiente de competitividad viciado por una extrema rivalidad y celos que genera un miedo a ser atacado y promueve como reacción actitudes de violencia e intolerancia. Esta autora identifica el caldo de cultivo del acoso en las condiciones estresantes del trabajo, en las exigencias de la productividad, en la comunicación despersonalizada y el trabajo sometido a estándares y pautas que no permiten la personalización. El acosador arremete entonces porque siente amenazada su parcela de poder por la víctima y es precisamente esa amenaza el motivo que explica, aunque no justifica, su conducta.

e) El objetivo de acoso, tal como nos dice Hirigoyen (2001) es desestabilizar a la víctima neutralizando su capacidad de respuesta. Esta voluntad destructiva, no pretende buscar una solución pacífica a la relación jurídica o personal existente entre agresor y acosado, sino la rendición de éste. Su objetivo se dirige a conseguir que sea la propia víctima la que abandone, desista derrotada de la relación habida. Desde la posición de la víctima parece que no existe psicológicamente para ella ninguna otra solución más eficaz que la de escapar físicamente de la situación de APT. De ahí que en función de la gravedad de sus efectos, podamos distinguir tres situaciones:

- APT de primer grado: la víctima se las arregla para resistir, escapa en una etapa temprana, se libra del acoso por despido improcedente o es completamente rehabilitada en su lugar de trabajo, permitiendo rehacer su vida laboral en esa u otra empresa.

- APT de segundo grado: la víctima no puede resistir o escapar de inmediato y sufre una incapacidad laboral transitoria temporal o prolongada que le impide incorporarse al trabajo de forma rápida, y podrá tener dificultades para volver a entrar en la fuerza del trabajo.
- APT de tercer grado: la víctima afectada es incapaz de incorporarse o reingresar al trabajo y precisa de tratamiento especializado, con una resolución de Incapacidad permanente laboral.

f) Las consecuencias y el riesgo de estas conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral, es el psicoterror laboral. El acosador, que niega en todo momento el conflicto, que sólo existe en la imaginación de la víctima, pretenderá destruirla. El afectado percibe que sus hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño o mal, interpreta las situaciones como una gran amenaza a su integridad tanto psíquica como física, lo que convierte a la situación en especialmente estresante. Además, las consecuencias en el trabajo darán lugar, de persistir y prosperar el APT, a su abandono por parte de la víctima, que demostrará inicialmente desinterés, para, posteriormente cursar bajas médicas por depresión, estrés, etc. y, finalmente, llegar a cesar en la empresa, bien voluntariamente o sumido en una enfermedad crónica (Piñuel, 2001).

Las lesiones y secuelas psíquicas que desencadenará este proceso las expresó Leymann, en sus estudios citados, destacando el de 1992a, por el cual el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es probablemente el diagnóstico psiquiátrico correcto para aproximadamente el 95% de las personas sometidas a conductas hostiles sistemáticas en el trabajo.

Piñuel (2001) pionero en el estudio del APT en España con su Barómetro CISNEROS® (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales) y, De Rivero (2011), psiquiatra español con fuerte influencia de Leymann, plantean que estas lesiones y secuelas psíquicas son propias de un TEPT, cuyo eje principal, según Daza (NTP nº 476, INSHT), sería la ansiedad extrema, con presencia de un miedo continuado y sentimiento de amenaza que puede venir acompañado con sensaciones de fracaso, impotencia, baja autoestima y apatía. Las víctimas experimentan así una reacción psicológica derivada de un suceso traumático agudo (trastorno de estrés agudo o trastorno de ansiedad generalizada), que podría cronificarse si no se actúa rápidamente y desencadenar como veremos en un TEPT con alta comorbilidad de trastorno depresivo mayor (TDM), de muy difícil tratamiento y rehabilitación. Físicamente aparecen signos propios de patologías psicosomáticas, desde dolores y trastornos funcionales hasta orgánicos (De Rivero, 2011).

El mobbing como suceso traumático

El APT no es sinónimo de conflicto. El conflicto laboral es inevitable, es consustancial en las relaciones humanas laborales entre jefes y trabajadores, lo que es evitable y nunca debería permitirse es el APT sistemático a una persona para conseguir su destrucción. En un conflicto se dicen los reproches. Por el contrario, en un procedimiento de acoso se ocultan estos. En un conflicto hay «simetría» o igualdad teórica de los protagonistas. En el acoso se establece una relación «dominante-dominado», en la que el que controla el juego intenta someter al otro y hacerle perder su identidad. El acoso moral es un abuso y no debe confundirse con las decisiones legítimas que se desprenden de la organización del trabajo, siempre que éstas sean conformes al contrato de trabajo (Hirigoyen, 2001).

En el origen de los procedimientos de APT hay un conjunto de sentimientos inconfesables. El acoso suele empezar por el rechazo de una diferencia y se manifiesta mediante una conducta y/o comportamiento sobrepasando el límite de la discriminación. En el APT pueden jugar papeles importantes la envidia, los celos, la rivalidad y el miedo (Hirigoyen, 2001). La envidia es un sentimiento natural que

puede causar estragos considerables volviendo destructivos a los individuos. Los celos pueden aparecer entre colegas, respecto a la jerarquía, o entre superiores y subordinados. El miedo es el motor esencial que lleva al acoso y en algunas ocasiones engendra la cobardía. El agresor se pregunta ¿cómo herir al otro?. La respuesta la tiene en el aislamiento. Los nuevos métodos de gestión de empresa aíslan cada vez más el trabajo del individuo y así es más fácil el proceso de marginación, el silencio y el vacío alrededor del mismo. Determinadas condiciones de trabajo pueden ser un pretexto para desestabilizar a alguien (*En El arte de tener razón, Schopenhauer cita el ataque personal como estrategia última cuando se está en dificultades en una discusión*). El objetivo del acoso es desestabilizar. El acosado sufre «la pérdida de sentido» y se pierde en una espiral de autoinculpaciones, en cambio el agresor negará la agresión. La intencionalidad es la conciencia que se tiene de agredir a otro y proviene de las personas que dirigen o se aprovechan de sistemas perversos (*según Aristóteles, si bien el hombre no ve siempre el daño que hace, si ve claramente el que ha hecho*) (Hirigoyen, 2001).

Sin embargo, aunque la víctima pueda carecer de pruebas objetivas que demostrasen judicialmente este APT, los beneficios que pudieran derivarse de la existencia de una normativa que de modo expreso sancionase el acoso moral en el trabajo, sería de gran utilidad para las víctimas, pues el resarcimiento cuando existe sanción penal, económica jurídica, le confiere a la víctima una posibilidad, como un tragaluz, que le daría un halo de esperanza, de justicia. No obstante, lo importante para este estudio es la imagen física y psíquica de padecimiento, el sufrimiento que transmiten las víctimas, lo que describen, el deterioro evidente de su salud, en fin, lo que se ha observado en las consultas realizadas y se puede describir claramente es terror, pánico a volver a su lugar de trabajo. Esto les genera a las víctimas una dramática situación personal, que no saben como resolver y que repercute en su propia familia o círculo personal. Han sufrido un maltrato psicológico continuado sin escapatoria, renuncian a defenderse con tal de no acudir de nuevo a su trabajo, no son meras conductas hostiles sistemáticas, es PÁNICO, es TERROR, es la vivencia de una sintomatología de TEPT (De Rivera, 2011). El objeto de análisis de este estudio lo componen la realidad psicológica del trabajador afectado y la medicación suministrada.

La sensación de terror, de pánico descrita, viene generada por la intencionalidad del hecho, la intensidad de la vivencia traumática y su carácter impredecible, pues provoca en la víctima la percepción de indefensión y la pérdida de la confianza básica en el ser humano, este es el factor clave. Cualquier acontecimiento de este tipo quiebra el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos. Se trata de mucho más que de la pérdida de dignidad: es la pérdida de la integridad del propio yo, de la propia persona. Lo que fractura el espíritu de la persona es la violencia intencional e injustificada generada por otros seres humano. Una persona traumatizada es, en cierto modo, como un *lisiado psíquico* (Echeburúa, 2004). Puesto que la aniquilación o destrucción profesional y psicológica del trabajador, hasta inducir en él una actitud de radical desconfianza en sí mismo y de miedo a su realidad más próxima, así como de sumisión plena al superior, constituyen objetivos básicos del acoso moral en el trabajo, los expertos en medicina y psicología del trabajo así como la prensa tienden a bautizar estas prácticas como psicoterror laboral (De Rivera, 2011).

Los afectados hablan con claridad de su TRAUMA como “*psicoterror laboral o mobbing*” no edulcoran con otras palabras este terror. Echeburúa (2004) define el trauma como *la reacción psicológica derivada de un suceso traumático, entendiéndolo como un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. La persona no espera encontrarse nunca porque no forma parte de las experiencia humanas habituales*. De ahí que la intensidad del

hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inusual explican el impacto psicológico de este tipo de sucesos.

La evaluación de daño psicológico causado por el trauma es importante no sólo para planificar el tratamiento farmacológico o determinar el grado de incapacidad laboral, sino como resarcimiento moral a la víctima, para tipificar los daños penales de esta agresión y establecer la correspondiente compensación (Echeburúa, 2004). Si el resarcimiento moral por el maltrato psicológico recibido no es lo que la víctima esperaba (judicial, inspección de trabajo, sanitario, social), su dolor sigue existiendo, por lo que es imprescindible remarcar que la víctima, aunque le sea doloroso, debería asumir las responsabilidades en la defensa de sus derechos (Echeburúa, 2004). Esta actitud le ayudará a poder contemplar la vida, las relaciones interpersonales, la realidad de la justicia social y la defensa de los derechos de los trabajadores, de otra forma, muy diferente a como la visualizaba, asumiendo como es la sociedad, con qué parámetros se desenvuelve, cuales son sus necesidades y los valores sociales imperantes, que contexto social se trasmite, lo cual le ayudará a enfrentarse y saber gestionar sus sentimientos, emociones y frustraciones con más realismo. Aprenderá qué no sólo se le debe tolerar como persona sino a que se le debe respetar. Está es la lección más difícil de entender de este proceso, pero si no trabaja en esa dirección será difícil que consiga un desenlace satisfactorio, pues la víctima no es culpable de su situación, ni es un desequilibrada mental, sino que la sociedad es la que la estigmatiza por ser diferente y creer en valores solidarios, de ayuda mutua, del trabajo bien hecho, de relaciones personales, de independencia y no de sumisión, con criterio propio, en fin las víctimas ya lo saben, pues son rasgos comunes que se repiten en todas ellas.

Pero parece obvio, aunque quizá necesario subrayar aquí, que no todos los afectados enferman ni tienen atributos de vulnerabilidad diferenciales, ya sea en términos físicos o psicológicos. ¿Por qué existen trabajadores que no experimentan la sintomatología de acoso psicológico laboral aún padeciéndolo?. El consenso de los expertos es que se trata de una conducta lesiva que puede afectar a cualquier trabajador y que, en la medida en que está orientada a minarlo psicológicamente, es lógico que acabe teniendo algún efecto, sobre todo si se prolonga en el tiempo.

Según Echeburúa (2004) las personalidades resistentes a la sintomatología de APT, al trastorno de estrés agudo (TEA) que provoca, se caracterizan por el control de sus emociones, una autoestima adecuada, una valoración positiva de si mismo, una actitud positiva ante la vida, con sentido del humor, un mundo interior rico, una aceptación de las limitaciones personales, una vida social estimulante, unas aficiones gratificantes, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, una implicación activa en su proyecto de vida (familiar, social, voluntariado) con un apoyo social y participación en actividades sociales. Todo ello posibilita echar mano de los recursos disponibles para hacer frente adecuadamente a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades, afrontar las dificultades cotidianas y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales.

No obstante, aunque las personalidades optimistas tienden a mantener un estado de ánimo positivo más allá del dolor intenso que un acontecimiento traumático puede provocarles, el estrés psicosocial crónico constituido por la acumulación prolongada de microtraumas interpersonales continuados y repetidos que tienen lugar en el medio laboral, les puede generar y agravar una vivencia traumática derivada de estos sucesos traumáticos intencionados. La percepción de indefensión, la pérdida de confianza en el ser humano, la aparición de sentimientos incontrolados de ira o de venganza que le sobrepasan y provocan sensación de pérdida de control, la humillación de haber sido violentada su dignidad, su honor, su intimidad, y lo más grave el temor a la integridad de su propia vida, es lo que le genera el daño psíquico y su patogenicidad. (Echeburúa, 2004)

La mayor o menor repercusión psicológica de una conducta violenta en una persona depende de su *vulnerabilidad psicológica*, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, y de su *vulnerabilidad biológica*, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar, a modo de caja de resonancia, el daño psicológico de la violencia en la víctima. La *victimización primaria* derivada del suceso traumático, puede amplificarse con la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema organizativo social defectuoso imperante (sanitario, jurídico-penal, servicios sociales, sindicales), es decir, el maltrato institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico o cronificar las secuelas psicopatológicas, *victimización secundaria*. (Echeburúa, 2004)

En conclusión según Echeburúa (2004), el daño psíquico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación y abarca, por un lado las lesiones psíquicas agudas (con afectación física) producidas por un delito violento y por otro, las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana. El daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por:

1. La intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de la intencionalidad),
2. El carácter inesperado del acontecimiento, el grado real de riesgo experimentado, y las experiencias negativas previas,
3. Las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad psicológica/biológica de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar) y pasados (historia de victimización),
4. El apoyo social y familiar existente,
5. Los recursos psicológicos y estrategias de afrontamiento disponibles.

Todo ello junto, con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima. En la tabla 1 se recogen las estrategias de afrontamiento adecuadas vs Estrategias de afrontamiento inadecuadas Echeburúa (2004).

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento adecuadas vs Estrategias de afrontamiento inadecuadas Echeburúa (2004)

Estrategias de afrontamiento adecuadas. POSITIVAS	Estrategias de afrontamiento inadecuadas. NEGATIVAS
✓ Experiencia compartida del dolor y la pena	⊗ Aislamiento social
✓ Búsqueda de apoyo social y participación en actividades sociales	⊗ Anclaje en la reexperimentación del suceso traumático y en las conductas de evitación
✓ Búsqueda de apoyo profesional (terapia individual, grupal, medicación)	⊗ Sentimientos de culpa
✓ Implicación en grupos de autoayuda	⊗ Emociones negativas de odio, venganza,
✓ Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo	⊗ Abuso de fármacos
✓ Aceptación de las limitaciones personales	⊗ Refugio y consumo excesivo de alcohol o drogas
✓ Afrontamiento de las dificultades cotidianas	
✓ Establecimientos de nuevas metas y relaciones	
✓ Aficiones gratificantes	
✓ Sentido del humor y actitud positiva frente a la vida	
✓ Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, voluntariado)	

Finalmente, se ha de destacar explícitamente que:

- El propósito final, el objetivo del acosador/es es la destrucción del equilibrio psicológico de la persona acosada, es desestabilizarla para satisfacer la necesidad patológica de agredir y/o provocar cambios de comportamientos en la víctima

(sumisión, concesiones, adhesión a ideas concretas, etc.) y en caso negativo conseguir la autoeliminación laboral de la víctima, por abandono voluntario del trabajo o baja médica, sin que medie ningún despido por causas objetivas y sin dejar huellas. (Peña et al, 2011). Es frecuente que para minar la capacidad del trabajador y conseguir ese objetivo se intensifique y acreciente la frecuencia de los ataques, por lo que la capacidad y la resistencia del afectado se ven ampliamente superadas, lo que puede motivar su salida de la organización, o en ocasiones la realización de intentos autolíticos o suicidios consumados. En otras circunstancias, las alteraciones emocionales y de la personalidad repercuten en las relaciones sociales, de pareja, y en la calidad y eficacia del trabajo de la persona acosada, motivo éste que proporciona nuevos argumentos para justificar la agresión e, incluso, incrementando la percepción pública de lo merecido de dicha situación, culpabilizándose de su propia situación, aumentando así los riesgos autolíticos (Piñuel, 2001).

- El riesgo de estas conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral es el psicoterror laboral. El afectado percibe que sus hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño o mal, interpreta las situaciones como una gran amenaza a su integridad tanto psíquica como física, lo que convierte a la situación en especialmente estresante (Echebúrua, 2004). Las víctimas experimentan así una reacción psicológica derivada de un suceso traumático agudo (TEA o TAG), que podría cronificarse si no se actúa rápidamente y desencadenar en un TEPT con alta comorbilidad de TDM, de muy difícil tratamiento y rehabilitación.

1.2. Lesiones y secuelas que padecen las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral.

A nivel individual, el *mobbing* ha mostrado tener un impacto negativo considerable sobre el bienestar psicológico de la persona que lo sufre. Entre las lesiones y secuelas que la literatura internacional ha mostrado desde el inicio de la descripción del proceso del *mobbing*, son que el APT puede conducir a graves problemas emocionales, psicosomáticos y psiquiátricos en las víctimas (Leymann, 1996; Leymann y Gustafsson, 1996; Zapf et al, 1996; Einarsen et al, 1998; O'Moore et al, 1998; Vartia, 2001; Mikkelsen y Einarsen, 2001, 2002a, 2002b, 2003; Matthiesen y Einarsen, 2001, 2004; Einarsen y Hauge, 2006; Niedhammer et al, 2006; González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2006; Bonafons et al, 2009).

Entre los síntomas emocionales y psicosomáticos detectaron temor, desesperanza, y quejas psicosomáticas (Leymann, 1990; Quine, 1999; Einarsen et al, 1994); estrés (Zapf et al, 1996; Vartia, 2001; Weinberg y Creed, 2000), y dentro de los síntomas típicos del estrés tales como insomnio, melancolía, apatía y carencia de concentración (Björkqvist et al, 1994; Quine, 1999), con un aumento en los niveles de ansiedad y depresión (Einarsen et al, 1994; Mikkelsen y Einarsen, 2001; Niedl, 1996; Quine, 1999), irritabilidad (Niedl, 1996), con un deterioro de la salud mental empobrecida (Zapf et al, 1996), efectos cognitivos tales como problemas de concentración, memoria, inseguridad y falta de iniciativa (Leymann, 1992), depresión mayor (Kiwimäki et al, 2000; Mikkelsen y Einarsen, 2001; Niedhammer et al, 2006) y, síntomas de estrés postraumáticos o de ansiedad generalizada (Leymann y Gustafsson, 1996; Niedl, 1996; Matthiesen y Einarsen, 2004; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004; Walsh y Clarke, 2003), manteniéndose de forma crónica estos desordenes psicosomáticos (Lahelma et al, 2012).

Brodsky (1976) basándose en observaciones y entrevistas clínicas a víctimas de acoso, identificó tres patrones de efectos sobre las víctimas. Algunos expresaban sus reacciones mediante el desarrollo de síntomas físicos no excesivamente graves, tales como sensación de debilidad, pérdida de fuerza, fatiga crónica, dolores y jaquecas. Otros reaccionaban con depresión y sintomatología asociada, como sensación de impotencia, apatía, falta de autoestima e insomnio. Un tercer grupo reaccionaba con síntomas psicológicos, como la hostilidad, irritabilidad, problemas de memoria, hipervigilancia, sentimientos de victimización aislamiento y evitación de los contactos sociales.

O'Moore et al (1998) hallaron que todas ellas presentaban problemas de irritabilidad, ansiedad, sentimientos de depresión y un estado de hipervigilancia y desconfianza, siendo también muy habituales los problemas de autoestima y un amplio rango de somatizaciones. En la misma línea, Einarsen et al (1998), a través de una muestra representativa de enfermeras auxiliares noruegas mostró que aquellas que informaron que percibían estar expuestas al APT, indicaron mayores niveles de burnout, peor satisfacción laboral, y menor bienestar psicológico comparados con otras enfermeras no acosadas.

Entre los problemas psiquiátricos, muchos trabajadores acosados en su lugar de trabajo presentan sintomatología de carácter postraumático. Así en el caso del trastorno por estrés postraumático (TEPT) a pesar de que las conductas o actividades negativas de *mobbing* no impliquen un estresor de carácter traumático que sea amenazante para la vida, la sintomatología registrada en las víctimas de *mobbing* se asemeja a la encontrada en víctimas de situaciones de acoso psicológico que se han enfrentado a tales estresores traumáticos, como la reexperimentación persistente del suceso traumático, evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción, síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación), así

como sintomatología ansioso-depresiva, somatizaciones, irritabilidad, apatía, déficit de atención, falta de autoestima, fobia social, problemas de sueño, pesadillas y desconfianza hacia el entorno, indicadores todos ellos que sugieren una sintomatología propia del TEPT (Leymann, 1992; Nield, 1996; Vartia, 1996; Einarsen y Raknes, 1997; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Matthiesen y Einarsen, 2004; Rodríguez et al, 2010).

El estudio danés de Mikkelsen y Einarsen (2002) de 118 víctimas de acoso mostró que el 76% presentaba síntomas de TEPT. Leymann y Gustafsson (1996) encontraron que el TEPT constituía el diagnóstico adecuado de aproximadamente el 90% de una muestra de 64 víctimas de acoso y reveló que las víctimas mostraban síntomas de TEPT incluso cinco años después de que el acoso hubiera tenido lugar. Matthiesen y Einarsen (2004) apoyaron estos resultados con una investigación de 102 víctimas noruegas de acoso. Estos autores compararon las puntuaciones obtenidas por un grupo de víctimas de acoso con las de otras muestras expuestas a diversos acontecimientos traumáticos, como personas con familiares involucrados en accidentes de tráfico, personal de la ONU que había estado destinado en zonas bélicas y estudiantes de medicina expuestos a situaciones altamente estresantes (e.j., primera autopsia). Observaron que las víctimas de acoso presentaban puntuaciones más elevadas en sintomatología postraumática respecto a los tres grupos, especialmente en reexperimentación del trauma y en evitación. Recientemente, Rodríguez et al (2010), en un estudio entre víctimas de APT en España, hallaron una prevalencia de TEPT que superaba el 40% y señalaron que la gravedad de los síntomas entre las víctimas de acoso puede ser mayor que en víctimas de otros tipos de trauma.

Sin embargo, cuando se sopesa la importancia de un grupo de síntomas post-traumáticos sobre otro, la información era menos consistente. En el trabajo de Leymann y Gustafsson (1996) la intrusión desempeñaba un papel más importante que la evitación. En otros estudios (Mathiesen y Einarsen, 2004; Tehrani, 2004; Walsh y Clarke, 2003) los síntomas de hiperactivación e intrusión también eran más importantes que los de evitación. Solo en el estudio de Mikkelsen y Einarsen, (2002), los síntomas de evitación alcanzaban un mayor protagonismo frente al resto. En suma, señalar que a pesar de que no existe un reconocimiento formal del *mobbing* como causa de estrés post-traumático, diversos investigadores han explorado esta posibilidad. Pero por otro lado hay que tener en cuenta otros elementos que ayudan a reconocer la importancia del TEPT:

En primer lugar, tal como afirman algunos de los expertos en psicología del trauma "*la clasificación del trastorno del estrés post traumático sirve mucho más de ayuda para el diagnóstico que como descriptor de la experiencia psicológica de la víctima. Sin duda, una comprensión del trauma significa tener en cuenta la totalidad de las experiencias de los supervivientes*" (Janoff, 1992). En segundo lugar, Ravin y Boal (1989) han señalado que con frecuencia la experiencia clínica precede al diagnóstico reflejado en el manual. En tercer lugar, si la intensidad de la sintomatología altera el funcionamiento cotidiano del afectado, se pueden identificar estos síntomas como manifestaciones del llamado "trastorno de estrés por coacción continuada" (*prolonged duress stress disorder* - PDSO), el cual adopta los mismos síntomas que el TEPT, aunque no se cumplan todos los criterios diagnósticos de esta última nosología (Martínez y Medeiros, 2012).

Finalmente, cuando una persona es acosada en el trabajo, en ocasiones, incluso tras el cese del hostigamiento, se enfrenta a amenazas a su identidad personal, social y profesional, y en algunos casos a su capacidad financiera. Por ello, cuando hablamos de trauma causado por la violencia psicológica en el trabajo no estamos hablando tan sólo de una sintomatología de índole psicopatológica, sino de unos efectos que pueden ir más allá. En este sentido, el significado del agente

traumático tiene también una importancia decisiva en las consecuencias. El rápido deterioro de la salud mental en víctimas de acoso se puede explicar, en parte, por la pérdida brusca de aportes psicosociales, como la disponibilidad económica, la seguridad física, la pérdida de habilidades laborales, la imposibilidad de predecir y planificar el futuro y la pérdida de una posición social valorada (Hoel et al, 2003). En el anexo 6 se informan de los posibles efectos de la exposición al estrés causados por diferentes tipos de violencia (Hoel et al, 2003).

En el diagnóstico del TEPT según los criterios de la APA (2000), la persona debe haber estado expuesta a un acontecimiento estresante de tal magnitud y extremadamente traumático que represente un peligro para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. Este criterio supone un problema en relación al diagnóstico formal del TEPT para este colectivo, ya que las situaciones o acciones que se produce habitualmente en los supuestos de APT son predominantemente agresiones no físicas, donde es la violencia psicológica la más utilizada, por ello, hay autores que consideran que se deben considerar otras etiquetas diagnósticas. Como consecuencia de ello, se han propuesto diagnósticos alternativos para las víctimas de acoso, como por ejemplo el trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo. La 5ª edición que la APA esta realizando puede plantear la posibilidad de modificar ese criterio e incluir el de integridad psicológica.

El trastorno por estrés agudo (APA, 2000) se diferencia del TEPT en que el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático, cosa que no ocurre en las víctimas de mobbing. Respecto al trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo (APA, 2000) es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del TEPT, como cuando este aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente amenazantes para la integridad física (p.e. abandono del cónyuge), pero no es el caso del mobbing, pues el riesgo de suicidio como veremos es alto. Además, una vez que el estresor haya cesado, la sintomatología no debe durar más de seis meses. En cambio, la duración de los síntomas postraumáticos en víctimas de acoso excede notablemente los criterios temporales propuestos por la APA.

En conclusión, toda esta sintomatología puede desembocar en una serie de trastornos que definen el sufrimiento que padecen las víctimas de APT:

- ⊗ Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- ⊗ Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Janoff, 1992; Niedl, 1996 y Hansen, 2006) con sintomatología somática variada: dolencias coronarias, hipertensión, trastornos digestivos. (Kivimäki et al, 2003; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Zapf y Einarsen, 2005; Piñuel y Oñate, 2004).
- ⊗ Trastorno depresivo mayor (Niedhammer et al, 2006; Girardi P et al, 2007, Rugulies et al, 2012)
- ⊗ Episodios psicóticos, generalmente con síntomas paranoicos (Matthiesen y Einarsen, 2004; De Rivera, 2011).
- ⊗ Suicidio (Scott y Stradling, 1994; Gilioli et al, 2006; Hansen et al, 2006; Kreiner et al 2008, Bonafons et al, 2009).
- ⊗ Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño (Björkqvist et al, 1994; Leymann y Gustafsson, 1996; Quine, 1999; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Vartia, 2003; Zapf y Einarsen, 2005; Piñuel y Oñate, 2004; Notelaers et al, 2006; Cabarcos et al, 2008).
- ⊗ Enfermedades y dolores neuromusculares (Hämmig et al, 2011).
- ⊗ Alcoholismo u otros trastornos del abuso de sustancias (Appelberg 1996, Richman et al, 1996 y 2001; Niedhammer et al, 2011).
- ⊗ Relaciones familiares tensas y dificultosas habitualmente (Warshaw y Messite 1996, y Duffy, 2007).

Como información adjuntada en el Anexo 7 se recoge el daño psíquico que presentan las víctimas de delitos violentos (Echeburúa, 2004)

1. Trastorno de estrés postraumático:

Según las investigaciones citadas parece que entre las víctimas de acoso la probabilidad de padecer TEPT es elevada. La sintomatología compatible con este trastorno ha sido detectada en víctimas de APT en estudios realizados en varios países, Alemania (Zapf et al, 1996), Austria (Niedl, 1996), Canadá (Soares, 2002), Dinamarca (Mikkelsen y Einarsen, 2002), EEUU (Wilson, 1991; Janoff, 1992; Namie 2000), España (Piñuel 2001; Rodríguez et al, 2010), Francia (Bonafons et al 2008 y 2009), Finlandia (Vartia 1996), Holanda (Huber y Van Veldhoven, 2001), Irlanda (O'Moore et al, 1998), Italia (Gilioli, 2006), Noruega (Einarsen y Raknes, 1997; Mathiesen y Einarsen 2004), Reino Unido (Ravin y Boa, 1989; Hoel y Cooper, 2000; Walsh y Clarke, 2003; Tehrani, 2004) y Suecia (Leymann y Gustafsson, 1996).

Exponemos a continuación el estudio de Leymann (1992a), por ser el pionero en el descubrimiento de que el TEPT es probablemente el diagnóstico psiquiátrico y psicológico correcto para aproximadamente el 95% de las personas sometidas a mobbing. La muestra incluyó 2.428 sujetos. Los análisis revelaron que 350 de éstos habían sido sometidos a *mobbing*. Los individuos respondieron a preguntas relativas a una serie de síntomas de estrés elegidos de cuestionarios neurológicos que se utilizan en el Departamento de Neurología del Instituto de Investigación de la Junta Nacional Sueca de Salud Laboral. Por cada síntoma, la persona entrevistada tuvo que declarar si él o ella tuvo el síntoma durante los últimos 12 meses (1) muy a menudo o constantemente, (2) a menudo, (3) con menos frecuencia o rara vez, o (4) nunca. Como base para el análisis se utilizaron los resultados de todas las respuestas de las víctimas de APT identificadas. Los síntomas producidos durante los últimos 12 meses llevaron a la formación de siete grupos de factores (anexo 8).

De entre los resultados obtenidos destacan los primeros cinco grupos de factores, los cuales muestran los perfiles de factor más reveladores. Desde una perspectiva clínica, estos cinco grupos no eran para los autores, ni médicamente ni psiquiátricamente, difíciles de interpretar:

- El Grupo 1 se refiere a los efectos cognitivos de fuertes estresores que producen hiperreacciones psicológicas.
- El Grupo 2 indica un síndrome con síntomas psicósomáticos de estrés.
- El Grupo 3 se refiere a los síntomas que surgen en relación con la producción de hormonas de estrés y las actividades del sistema nervioso autónomo.
- El Grupo 4 describe los síntomas que los médicos de cuidado de la salud de la empresa con frecuencia encuentran en personas que han estado estresadas por períodos muy largos de tiempo y donde los síntomas se refieren a la tensión muscular.
- El Grupo 5 comprende síntomas relacionados con problemas de sueño.

Estos resultados se compararon con síndromes psiquiátricos bien conocidos, tal como se describían en los manuales de diagnóstico psiquiátrico existentes DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987); ICD-10 (WHO, 1992), llevando a la hipótesis de que el TEPT podía ser el diagnóstico adecuado. Hay que destacar de los resultados que todos los grupos de edad pueden verse afectados, pero que el TEPT entre las víctimas de APT es más común en pacientes de edad > 40 años. Ambos sexos tienen el mismo riesgo. No obstante un diagnóstico de TEPT puede pasarse por alto si la víctima no parecía haber sido sometida a un estrés lo suficientemente grave como para satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-III-R sobre TEPT.

Estos grupos de síntomas generados (grupos 1 a 5) se incluía psiquiátricamente bajo la categoría "trastornos por ansiedad" del *DSM-III-R*. Las agrupaciones o partes de éstas se describían bajo el diagnóstico "TEPT", pero también bajo "TAG".

Examinando los criterios diagnósticos para el "TEPT" observaron que se correspondían con los grupos de factores 1 y 5 del grupo "vigilancia y exploración" del DSM y para el "TAG", los grupos de factores 4 6 y 7 entre el grupo "tensión motora" del DSM, finalmente los grupos de factores 2 y 3 correspondían con el grupo "hiperactividad autonómica" del DSM.

Como los valores de los pacientes con TEPT eran tan altos (la mayoría recibió "puntuaciones completas"), los autores utilizaron los criterios D del TAG¹ como una "lupa" para el grupo de criterios D del TEPT. El motivo de esta actuación por parte de los autores fue en parte el deseo de adquirir diagnósticos diferenciales entre los pacientes, por otra parte verificar la observación clínica de que los síntomas con frecuencia empeoraban (a más síntomas, penetración más profunda) durante las prolongadas y profundizadas reacciones de TEPT, y finalmente porque les permitía la diferenciación de los síntomas psicósomáticos de estrés en tres grupos, relativos a las tensiones somáticas (*tensión muscular*), síntomas como consecuencia de la actividad hormonal (*hiperactividad del sistema nervioso autónomo*), y síntomas que señalan actividades mentales cognitivas o disfunciones (*vigilancia tensa e hipersensibilidad*).

El corte que realizaron fue que al menos seis de los siguientes síntomas debían estar presentes en relación con sensaciones de ansiedad (para ser TEPT no incluían síntomas que estuviesen presentes *únicamente* en relación con ataques de pánico):

En cuanto a la tensión muscular: "(1) temblor, contracciones o sacudidas; (2) tensión o dolor muscular; (3) inquietud; (4) fatigabilidad excesiva."

En cuanto a la hiperactividad del sistema nervioso autónomo: "(5) falta de aliento o sensación de ahogo; (6) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia); (7) sudoración o manos frías y húmedas; (8) boca seca; (9) mareo o sensación de inestabilidad; (10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales; (11) sofocaciones o escalofríos; (12) micción frecuente; (13) dificultades para tragar o sensación de tener 'un nudo en la garganta'."

En cuanto a la vigilancia tensa y la hipersensibilidad: "(14) sentirse atrapado o al borde de un peligro; (15) exageración de la respuesta de alarma; (16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad; (17) dificultades en dormir o en mantener el sueño; (18) irritabilidad."

Del análisis estadístico del material llevó a la hipótesis de que un TEPT y un TAG serían los diagnósticos psiquiátricos más adecuados. Los síntomas característicos del TEPT que estos autores detectaron incluían entre otros; recuerdos dolorosos del evento traumático, evitación persistente de situaciones que recuerden la experiencia vivida, e hiperactivación manifestada en problemas como dificultades de sueño y concentración (DSM-IV APA, 2000).

Como reflexión final en relación con el diagnóstico del TEPT, derivada de los manuales sobre los diagnósticos psiquiátricos, se refiere a si la personalidad del individuo sometido a conductas hostiles sistemáticas, afecta esencialmente el resultado del diagnóstico o no.

¹ Criterios D del TAG (*D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existente antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos: (1) dificultad para conciliar o mantener el sueño; (2) irritabilidad o explosiones de ira; (3) dificultad para la concentración; (4) hipervigilancia; (5) respuesta de alarma exagerada; (6) reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido maltratada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno).*

2. *Trastorno de ansiedad generalizada con sintomatología somática variada*: debido al grado de estrés social que provoca el *mobbing*, los acontecimientos traumáticos resultantes de la experiencia de acoso pueden ocupar los pensamientos de las víctimas, causando una percepción negativa de sí mismas, de los demás y del mundo en general, y con frecuencia derivar en problemas de sueño y en una amplia variedad de otros síntomas psicológicos y somáticos (Mikkelsen y Einarsen, 2002; Zapf y Einarsen, 2005).

Por lo que se refiere a la sintomatología somática Leymann (1992a) encontró la siguiente incidencia de síntomas entre las víctimas de *mobbing*: dolores de cabeza (51%), dolores de espalda (44%), perturbaciones en el sueño (41%), síntomas depresivos (41%), irritación fácil (41%), dolores en la nuca (36%), deficiencias en concentrarse (35%), miedo al fracaso (32%) y sueño interrumpido (32%). Piñuel y Oñate (2004) detectaron que más de la mitad de las víctimas de *mobbing* (52%) refieren secuelas del hostigamiento psicológico sobre su salud (dolores de espalda, dolores musculares/articulares generales, irritabilidad, bajo estado de ánimo, dolores de cabeza, dolores en la nuca, dificultad para dormirse, sueño ligero, etc). Piñuel (2001) recogió las somatizaciones del APT sobre la salud del trabajador afectado (anexo 8). También se adjuntan las recogidas en el estudio de Báguena et al (2006).

3. *Trastorno depresivo mayor*: por lo que se refiere a este trastorno, el estudio de Leymann (1992a), exponía que el manual CIE-10 (WHO, 1992) describía los síntomas típicos que se encuentran en las personas que sufren de TEPT crónico y el *DSM-III-R* establecían que el TEPT en su fase crónica podía desembocar en un cambio de personalidad permanente. Este cambio, de acuerdo con sus observaciones clínicas, parecía predominar en uno de los dos efectos de la ansiedad (en casos raros en ambos), ya fuese en una depresión grave o una obsesión grave. Había personas con ambos síntomas, siendo principalmente personas que, después de varios años de tratar de protegerse a sí mismas, todavía estaban sufriendo de una larga y diaria victimización en el trabajo.

En su trabajo clínico, por lo tanto, modificaron y ampliaron las descripciones de los síntomas de la *CIE-10*. Elaboraron una lista de síntomas, a la cual marcaron con * los síntomas encontrados originalmente en la *CIE-10*. Dado que la obsesión como característica principal está siempre acompañada por una cierta depresividad y viceversa, los siguientes síntomas del cambio de personalidad permanente podían encontrarse en muchos pacientes añadiéndose a la lista:

Cambio de personalidad permanente con obsesión como predominante:

1. Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo.*
2. Sentimiento permanente de "estar al límite" o amenazado sin una causa externa.*
3. Una justificación compulsiva del propio destino (lo que provocó el TEPT) a un grado que excede el límite de tolerancia del entorno y que conduce al aislamiento y la soledad.
4. Hipersensibilidad con respecto a las injusticias y una identificación constante con el sufrimiento de otros de una manera patológica, compulsiva.

Cambio de personalidad permanente con depresión como predominante:

5. Sentimiento constante de vacío o desesperanza.*
6. Una incapacidad crónica para experimentar alegría de eventos comunes en la vida cotidiana.
7. Un riesgo constante del eventual abuso de los psicofármacos:

Cambio de personalidad permanente con síntomas adicionales que indican que el paciente ha renunciado.

8. Sentimiento de haber cambiado o ser diferente a los demás (extrañeza de sí mismo).*
9. Aislamiento social.*
10. La persona muestra una actitud cínica hacia el mundo que le rodea.

Estadios clínicos en el desarrollo del acoso psicológico laboral

De Rivera (2011) gran seguidor de la obra de Leymann, expone en su libro que la clínica del acoso psicológico laboral transcurre por 5 estadios: de autoafirmación (la víctima esta convencida de tener razón), de desconcierto (no me puedo creer que me pase a mi), depresivo (estigmatización y pérdida de autoestima, con síntomas de cansancio emocional, evitación y aislamiento, sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional), traumático o de estrés-ansiedad (trastorno de estrés postraumático) y crónico de deterioro (sintomatología mixta: depresiva, psicósomática y de estrés postraumático). En el anexo 9 se describe la clínica del victimizado en correspondencia entre los estadios clínicos y fases organizativas en el desarrollo del acoso psicológico.

Siguiendo el criterio de este autor podríamos así establecer una gradación que se iniciaría en la normalidad, continuaría con la aparición de síntomas con entidad subclínica, cuya atención podría ubicarse (si seguimos la lógica del DSM-IV-TR) en "otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", concretamente "problema laboral" (Z56.7), y finalmente desembocaríamos en la aparición de trastornos y enfermedades francos que se asocian ya con la baja por enfermedad, entre las cuales estaría el trastorno adaptativo, la depresión mayor y el trastorno por estrés postraumático. Como herramienta de trabajo con el objeto de valorar mejor la intensidad con la que sufren estos síntomas o la presencia de estos signos, De Rivera (2011) incluye en su libro un instrumento de medida en forma de cuestionario escalar que recoge los signos y síntomas más frecuentes o característicos de APT (SSAP).

No obstante en la práctica clínica, Puig (Peña et al, 2001) psicólogo de diversas asociaciones de ayuda a personas víctimas de acoso psicológico laboral, escolar, sexual (AVALC, FEDALE, Alto al Mobbing), con amplia experiencia en la valoración psicológica y tratamiento de numerosas víctimas, modifica el orden de estos estadios, teniendo en cuenta la prevalencia de sintomatología de estrés postraumático frente al predominio de síntomas psicóticos o depresivos propios del estadio depresivo, así después del empeoramiento del trastorno de estrés agudo o del TAG, aparece el TEPT, más evidente en la evolución de la clínica. Teniendo en cuenta este criterio, este trabajo modifica los estadios y plantea el intercambio de ambos episodios, quedando el episodio 3 traumático o de estrés-ansiedad y el 4, depresivo. No obstante la comorbilidad entre ambos trastornos es muy alta, por lo que el psicólogo lo corrobora en sus propios informes el TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMÓRBIDO A TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Estos síntomas, síndromes, y cuadros o categorías diagnósticas suelen interrelacionarse con los estadios, fases, estados y, etapas, que suelen atravesar las víctimas de APT, son altamente inespecíficos y pueden formar parte de cualquier cuadro psicológico/psiquiátrico sin por ello suponer su categorización como trastorno. Todo ello unido al enmascaramiento con que se presentan, el momento temporal, la cultura del contexto, si se visualizan detrás encubriendo el motivo principal de consulta por el que la víctima acude a los profesionales, o provocando uno o varios problemas físicos, dificultan el proceso diagnóstico, jugando los factores intraindividuales y las barreras extraindividuales un papel importante en el

recorrido de la sanación, aceptación, afrontamiento, mejoría y en la provisión y elección de servicios, recursos y remedios, que la víctima recibe (Araña et al, 2008a)

No obstante se tiene que indicar:

- Este proceso ocasiona que los estadios evolucionan adoptando diversas formas, de ahí la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial claro. El paso entre estadios es rápido o el salto entre estadios no es detectable pero en la práctica es elocuente, pues la víctima la mayoría de veces, no sabe que le pasa o sabiéndolo no sabe como explicarlo pues no comprende porqué le ha pasado, porqué ha sido atacada por otro/s seres humanos. Es en el estadio de desconcierto cuando la víctima es consciente de su estado, pues el desgaste mental para defenderse es alto y su propia autoafirmación baja. En este punto es cuando las víctimas acuden a pedir ayuda sanitaria y, solicitar ayuda para dar respuesta a su situación personal, laboral, etc.

- La mera presencia de un síntoma o síntomas constatados, no determina de forma irrenunciable la presencia de un cuadro clínico observable, pero sí puede requerir un diagnóstico en provisionalidad por su significatividad clínica, a la espera de mayor contraste o visibilidad en el recorrido evolutivo del problema, con análisis de sus manifestaciones en intensidad, variedad y gravedad (Araña et al, 2008a).

- La relevancia de la comorbilidad psíquica entre trastornos, la comorbilidad físico-psíquica, así como la concurrencia de síntomas dentro de un mismo trastorno es extraordinaria, lo cual dificulta enormemente establecer un diagnóstico diferencial correcto. El solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión es un obstáculo para la diferenciación clínica y la clasificación del curso de estos trastornos. Ambos trastornos se suceden mutuamente en su presentación, muchos de sus síntomas aislados constituyen un trastorno en sí mismos, o forman parte de otros cuadros psicopatológicos y/o médicos: la mitad de las personas con trastornos depresivos, cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad, asimismo el TAG constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento posterior (Araña et al, 2008a).

- Los signos y síntomas de primer rango más característicos en los síndromes de acoso según De Rivera (2011) serían:

- a. La presión focalizada del pensamiento, que se evidencian en la necesidad de contar con experiencias traumáticas hasta el punto de volverse monotemático, con gran desesperación de sus familiares, amigos y conocidos.
- b. Los recuerdos obsesivos, que alteran al individuo hasta tal punto que pueden llegar a producir accesos de angustia, rabia, y/o llanto. En ocasiones, estos actos emocionales se producen sin que el sujeto llegue a darse cuenta de la causa subyacente, o en reacción a alguna circunstancia del entorno que les recuerde.
- c. El temor al lugar de trabajo y a todo lo que le puede recordar los acontecimientos estresantes y los conflictos que en él tuvieron lugar.
- d. Dificultades de concentración, con pérdida subjetiva de memoria, distractibilidad, sensación de estar como ido.

- La concurrencia de desordenes, síntomas, signos, asociada o no a alguna categoría médica, o la afectación subclínica, subsíndrome no detectada, puede afectar de forma considerable el nivel de funcionalidad global del individuo, con implicaciones importantísimas en el reconocimiento o no, mediante los comunicados médicos pertinentes de partes de bajas y altas de las confirmaciones o certificaciones de Incapacidad Temporal (ILT), así como del control de las ILT o de la Incapacidad Permanente (IP) por parte de los Equipos de Vigilancia Médica (Araña et al, 2008a).

- Existen investigaciones que reflejan que sólo un tercio de los tratamientos en Salud Mental (SM) en España, cumplen criterios mínimos adecuados, sean tratados por los MAP, o por especialistas en SM (Araña et al, 2008a). Para estos autores los Criterios Mínimos Adecuados serían: haber tenido un mínimo de 4 visitas con algún profesional sanitario, especialista en SM, MAP o cualquier otro médico, haber recibido un mínimo de 8 sesiones de psicoterapia por un Psiquiatra o Psicólogo, con un tiempo mínimo de 30 minutos cada una, recibir tratamiento farmacoterapéutico por un mínimo de 2 meses. En su conclusión estos autores señalan: "*tengamos en cuenta que recibir un tratamiento adecuado, no es lo mismo que acudir a solicitar ayuda a cualquier profesional*".

- Si bien el APT no es una enfermedad, sino un comportamiento lesivo, sus efectos en la salud de los trabajadores son evidentes y en algunos casos han dado pie a confusiones diagnósticas. Los síntomas y malestares más frecuentes suelen estar vinculados al estrés manifestado y a menudo articulado en el ciclo oscilatorio alerta-depresión-defensividad, como el dolor de espalda y articular, los diversos síntomas psicósomáticos, el trastorno del sueño, la falta de concentración y atención, las alteraciones de la memoria, la ansiedad y la depresión reactivas, la fatiga crónica, la hipervigilancia reactiva, la irritabilidad y el aislamiento social, ... (Martínez y Medeiros, 2012).

- En nuestro país, respecto al estudio de la psicopatología desarrollada por las víctimas de APT los datos alcanzados son similares a los obtenidos en los estudios internacionales (Moreno, 2005; Piñuel, 2001, 2004).

- Finalmente hemos de indicar que en sus trabajos pioneros, Leymann observó un alto riesgo frecuente de error diagnóstico entre los afectados por conductas hostiles sistemáticas en el trabajo que se ha convertido en una constatación recurrente entre los especialistas. Leymann (1996) y Piñuel (2001) entre otros, han aludido al error de atribución que se produce en el entorno clínico, concretamente la confusión entre la hipervigilancia reactiva al acoso y la paranoia; error que transforma la primera en la segunda por una falta de competencia clínica, por una incorrecta evaluación de los casos o por ambas cosas a la vez. El afectado se ve en estas situaciones doblemente victimizado y estigmatizado: por la empresa y por los servicios de salud, con la posibilidad de que se produzca un fenómeno devastador de exclusión y un alto riesgo de suicidio. Ahora bien, ¿A qué se debe este error de diagnóstico de trastorno delirante y trastorno paranoide de la personalidad entre víctimas de APT?

En nuestro estudio con el objetivo de explorar la confusión del diagnóstico diferencial de los síntomas asociados con el APT aborda esta cuestión a partir de una revisión sistemática de la literatura de síntomas asociados al APT. Se realizó una revisión sistemática (de 1990 hasta mayo de 2012) en PubMed a partir de categorías como *mobbing*, *harassment at work*, o *workplace bullying*, *post-traumatic stress syndrome (PTSD)*, *posttraumatic stress disorder major depression disorder (MDD)*, *major depression episodes (MDE)*, *anxiety, disorder, paranoid personality disorder, paranoia diagnosis*. Se establecieron los siguientes límites: adultos, a fin de descartar el *bullying* escolar y artículos redactados en inglés, y español.

Estadio 1. Autoafirmación

Corresponde con la fase de inicio del acoso. Todavía no sabe que lo es, pero la víctima está convencida de su actuación, tiene razón y presenta resistencia y confrontación a la otra parte. Hirigoyen (2001) al analizar lo que ocurre en las relaciones laborales interpersonales, incide en que cada persona tiene su patología y su vulnerabilidad. El acoso es una noción subjetiva y un encuentro casual o

fortuito puede hacernos cambiar de opinión o de sentimientos. «*Un encuentro es algo que se realiza siempre alrededor de pequeñas cosas intangibles*», lo que Leibniz llamaba las «pequeñas percepciones». El APT surge con mayor facilidad en los entornos sometidos al estrés, en los que reina una mala comunicación, y por la falta de reconocimiento en el trabajo de la propia identidad profesional, existen formas de organización empresarial perversas que «*no ponen cuidado en proteger a sus trabajadores y dejan que se establezca un clima de acoso por indiferencia*». Esto puede derivar en exención de responsabilidad de la dirección y hacer válida la frase «es la ley del mercado» (Hirigoyen, 2001). Pero ¿cómo diferenciar la ansiedad normal de la patológica y en qué grado?.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico (manifestaciones de patología psicósomática, que abarcarían desde trastornos funcionales hasta trastornos orgánicos llamadas "reacciones de estrés") como al psicológico y conductual (llamadas "trastornos adaptativos") (tabla 2 modificada) (GuíaANS, 2008).

Tabla 2. Síntomas físicos y psicológicos de los trastornos conductuales (GuíaANS, 2008, modificada)

Síntomas físicos "reacciones de estrés"	Síntomas psicológicos y conductuales "trastornos de adaptación"
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, dermatitis, picor, caída de pelo	Preocupación, aprensión, sentimiento de amenaza, de miedo acentuado y continuo
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias, tics, contracturas, hiperreflexia	Sensación de agobio, frustración, impotencia, fracaso
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial, arritmias, hipertensión	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea, sensación de ahogo, tos crónica, asma, hiperventilación, EPOC	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
Endocrinos: diabetes e hipoglucemia, disfunción suprarrenal, hipo o hipertiroidismos	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

La clínica es insistente y oscilante, las víctimas expresan bastante inquietud y ansiedad agresiva moderada-grave y fundamentalmente alteraciones del sueño, con insomnio oscilante. En este estadio si la víctima acude a un profesional sanitario, los trastornos, que suelen apreciarse con más frecuencia son los "trastornos de ansiedad reactivos al contexto laboral", los mixtos y los de características somatomorfos. Estos, suelen codificarse prioritariamente, según las clasificaciones al uso, como "trastorno adaptativo" o de las denominadas "reacciones de estrés", que se consideran una "categoría puente" entre la normalidad y el trastorno, por tanto sujeto a un considerable vaivén ideológico. La categoría de "trastorno adaptativo" y las "reacciones de estrés" constituyen entidades únicas dentro de la nosología psiquiátrica, por cuanto son las únicas que refiere a un agente etiológico y no a la presencia de un síndrome (Pérez, 2007). Recogen las múltiples reacciones posibles ante situaciones de cambio, amenaza o

pérdida frente a las que no es posible adaptarse o cuando las personas se sienten subjetivamente sobrepasadas por los acontecimientos. Se trata en este sentido, de lo más cercano a una *"patología de la vida cotidiana"* o *patología psicosocial*. Diversos estudios han señalado en nuestro medio prevalencias del 25-29% de patología mental en atención primaria de salud. No obstante el trastorno adaptativo no ha sido incluido en ninguno de los grandes estudios de epidemiología psiquiátrica (Pérez, 2007).

El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos limítrofes entre patología y normalidad más frecuentemente usados tanto en atención primaria como en dispositivos de salud mental. Se considera poco adecuado dicho diagnóstico, ya que podría sugerir, que se trata de un déficit del paciente para adaptarse a una situación, que podríamos valorar como patógena y por tanto, sin sentido el exigir a alguien que tenga que adaptarse a ella (Buitron et al, 2011). La realidad es que su sintomatología es indefinida y se superpone con otras entidades, lo que implica que se trata de un trastorno con importantes problemas de fiabilidad y validez, por ello no deja de ser preocupante en este contexto sanitario su uso, pues las implicaciones posteriores para la víctima de APT son importantísimas pues por un lado se desvirtúa y disminuye la gravedad de su cuadro, banalizando su tratamiento médico, psicológico y farmacéutico, y por el otro, estigmatiza y culpabiliza de nuevo a la víctima, proceso de doble victimización (no es un problema laboral sino que su diagnóstico es por su propia inadaptación socio-laboral) (Buitron et al, 2011).

La banalización y poca objetividad de este diagnóstico ocasiona incredulidad en la víctima, pues la vaguedad conceptual de la descripción de la sintomatología, *presencia de síntomas emocionales universales ante experiencias estresantes de la vida cotidiana*, tanto en el DSMIV-TR *"malestar subjetivo mayor de lo esperable, acompañados de alteraciones emocionales que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o aun acontecimiento vital estresante"*, como en el CIE-10 *"o síntomas de cualquier otro trastorno que no revisten suficiente gravedad para recibir el correspondiente diagnóstico de ese trastorno"* conlleva incertidumbre y una forma "sui generis" de diagnóstico "no estigmatizante". Para quienes defienden tanto un modelo "salutógeno" del ser humano, esta vaguedad comporta el cuestionamiento sobre su mera existencia y planteamientos sobre el uso y funcionamiento social de la psiquiatría, como para los defensores de un "modelo psicologizante", lleva a incertidumbre sobre sus límites, su prevalencia o posibles formas de tratamiento óptimo, bases del acto médico (Pérez, 2007).

Tanto para el DSMIV-TR (2003) como la CIE-10 (WHO, 1992) el trastorno adaptativo es un fenómeno dependiente del estrés (debiendo tener por tanto un origen identificable) pero se carece de una lista de síntomas, de ahí que exista una tendencia social contemporánea que entiende que se convertirían en problemas psiquiátricos la ausencia de una vida gratificante, las disputas con las personas del entorno o los conflictos laborales, convirtiendo en enfermedad (y por consiguiente en problema individual a dirimir en la intimidad de la consulta) lo que antaño eran las diferencias habituales con el grupo natural, los reveses esperables de la vida o los problemas sindicales o colectivos. En resumen una intolerancia a las emociones negativas y una medicalización de la vida cotidiana ante cualquier forma de sufrimiento (Pérez, 2007). No obstante, y como es obvio, tal y como hemos defendido en este trabajo **el mobbing es otra cosa**, más grave con daño psíquico crónico, con lesiones y secuelas psicológicas, físicas, sociales, conductuales, cognitivas importantes, con un riesgo nada despreciable de intentos autolíticos, autoagresiones o suicidios.

En este episodio, teniendo en cuenta la clínica que ha detectado el psicólogo Puig es muy difícil objetivar síntomas depresivos o ansiosos puros, la comorbilidad ansioso depresiva ya es detectable. Sin embargo, tanto los MAP como especialistas de SM optan por diagnosticar de forma inespecífica, genérica este proceso de APT, donde si detectan síntomas o signos de ansiedad, el cuadro clínico se diagnosticará como un *Trastorno adaptativo con ansiedad* (F43.28), en cambio si detectan síntomas o signos depresivos informan de un *Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo* (F43.20), y si detectan comorbilidad diagnostican de un *Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo* (F43.22). Los criterios diagnósticos de estos trastornos adaptativos secundarios al *mobbing* se recogen en los anexos 10 11 y 12, (Algoritmo de la Ansiedad (abreviado), Algoritmo del Estado de ánimo depresivo (abreviado), Criterios diagnósticos del *Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo*, del *Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo* y procedimientos de tipificación del resto de trastornos adaptativos según la edición de la (DSM-IV AP, 1997). No es aconsejable tal como se indica en el propio libro el uso del cajón de sastre (o cajón «desastre»): *Trastorno adaptativo no especificado* (F43.9). *Trastorno de ansiedad no especificado* F41.9. *Trastorno depresivo no especificado* F32.9 (Pérez, 2007).

Estadio 2. Desconcierto

La víctima empieza a dudar sobre su versión del conflicto, y a no entender que está pasando. No obstante todavía intenta explicarse y convencer a los demás de su capacidad profesional y buena voluntad personal, pero la indecisión y la falta de seguridad en si mismo le delatan, cometiendo un mayor número de errores y una inadecuada realización de las actividades laborales. Esta conjunción del sentimiento de incapacidad y de duda subjetiva con la disminución en el rendimiento puede conducir a una severa limitación de su trabajo. Las consecuencias de todo ello es un deterioro de las relaciones interpersonales, la aparición de conductas impulsivas (cambio brusco del estilo de vida, automedicación, abuso de alcohol) e incluso una transformación de la personalidad de la víctima, que se puede volver más dependiente emocionalmente, más desconfiada y más irritable (De Rivera, 2011).

El desmoronamiento psíquico y físico empieza a ser visible o estando solapado ahora ya se es consciente de él, la percepción de mala salud por parte de la propia víctima ya es evidente. Al darse cuenta que ya no es la que era y que los demás esperan una vuelta a su conducta anterior al trauma, se puede sentir con una pérdida de ilusión por el futuro, así como con un cuestionamiento del significado y valor de la vida. Se inicia así, la resistencia a disfrutar de las experiencias de la vida cotidiana (familia, ocio, actividad física, sexualidad, etc.) y del sentimiento de placer u orgullo por los logros conseguidos. Empieza así el proceso de traumatización secundaria, consistente en funcionamiento negativo de las relaciones de pareja, familia, amigos, que poco a poco le conduce a una espiral descendiente que hace más y más difícil la recuperación (Echeburúa, 2004).

La sintomatología puede ser muy diversa pero el eje principal de estas consecuencias sería la ansiedad, con la presencia de un miedo acentuado y continuo, de un sentimiento de amenaza constante, cualquier error puede llevarle a una sanción o su sustitución laboral, entrando en un círculo vicioso que le conducirá a déficit objetivos de la vida cotidiana sino se detectan e intervienen: fatiga diurna después de la jornada laboral que alterna con estados de euforia, distorsiones o alteraciones cognitivas varias (mostrar dificultades, escaso nivel o faltas totales de concentración, de pérdida subjetiva de memoria, de falta de recuerdos a corto plazo, de distractibilidad y de déficit de atención alarmante), sensación de amnesia (aparenta estar como ido) y, finalmente abandono o dejadez de las actividades básicas diarias (De Rivera, 2011).

Leymann (1993c) recuerda que el estrés es un estado biológico y que las situaciones sociales y sociopsicológicas generan estrés, por ello consideraba al *mobbing* como un estresor social *complejo* en la medida que incluía diversidad de conductas o actividades negativas, indicadoras de un conflicto interpersonal exagerado, un tipo de conflicto muy distinto a los conflictos con los que habitualmente nos encontramos en el mundo laboral. El carácter distintivo del conflicto residía entre otras cosas en la *gravedad* de las consecuencias para el trabajador o víctima. Ya en sus primeras investigaciones observó que las víctimas informaban de síntomas de enfermedad física y psicológica, en un grado de gravedad que iba mucho más allá de las típicas reacciones de estrés que tradicionalmente se abordan dentro del ámbito de estudio del estrés organizacional (Leymann, 1990a). Para Selye (Hirigoyen, 2001), inventor del concepto estrés, éste está constituido a la vez por un agente estresante y por la reacción del organismo sometido a la acción de dicho agente estresante. En términos coloquiales entendemos por estrés las sobrecargas y las malas condiciones de trabajo. El acoso psicológico es más que el estrés, aunque pase por una etapa inicial de estrés. El estrés es destructivo si es excesivo; el acoso es destructivo por su propia naturaleza. En este último caso hay que distinguir entre «acoso profesional» puntual y «acoso psicológico» continuado en el que está presente la humillación y la falta de respeto y dignidad al individuo concreto (Hirigoyen, 2001).

La ansiedad y el estrés que le acompaña, son una respuesta emocional de activación del organismo ante cualquier situación percibida como amenazante. La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los humanos, a la que se atribuye una función adaptativa, pues pone en alerta al individuo ante una posible amenaza; sin embargo, en ocasiones, y especialmente cuando alcanza una elevada intensidad, determina cambios somáticos percibidos por él, pérdida de control sobre la conducta normal y deterioro del funcionamiento. Esta respuesta de activación ocurre cada vez que el cerebro percibe una amenaza. Esta respuesta se expresa en forma de síntomas físicos y provoca en el organismo un ↑ presión arterial, ↑ aporte sanguíneo al cerebro, ↑ tasa cardíaca, ↑ estimulación de los músculos estriados, ↑ ácidos grasos, colesterol y triglicéridos en sangre, ↓ secreción de opiáceos endógenos, ↓ riego sanguíneo a los riñones, ↓ riego sanguíneo gastrointestinal, ↓ riego sanguíneo a la piel. ¿Para qué sirve la respuesta de activación? Para defenderse de las amenazas percibidas. Pero si la respuesta de temor se activa ante situaciones que realmente no son peligrosas o cuando la respuesta de activación es muy intensa, prolongada y frecuente se trata entonces de una ansiedad patológica perjudicial (Écheburúa, 2004).

Las víctimas dudan y se preguntan ¿Qué me está pasando? ¿Estoy estresado? ¿Estoy deprimido?. En las asociaciones de ayuda frente al *mobbing* se intenta que las víctimas visualicen su propio estado mediante preguntas que detectan una serie de síntomas y signos de su estado mental y físico (Tabla 3):

Tabla 3. Sintomatología y signos detectables en las personas acosadas de *mobbing*

<i>Síntomas cognitivos</i>	<i>Síntomas emocionales</i>	<i>Síntomas conductuales</i>	<i>Síntomas físicos</i>
¿Tienes preocupaciones constantes en su cabeza? ¿Presentas problemas de memoria? ¿Te cuesta "desconectar"? ¿Tienes dificultades para concentrarte? ¿Te centras especialmente en los aspectos negativos de las cosas? ¿Anticipas las situaciones amenazantes? ¿Te cuesta pensar claramente? ¿Te cuesta más tomar decisiones?	¿Te sientes más triste que habitualmente? ¿Te notas más agitado. No puedes parar de moverte? ¿Sientes que disfruta menos de las cosas? ¿Te es difícil poder relajarte? ¿Tienes sensaciones de soledad y aislamiento? ¿Estás más irritable e impaciente? ¿Te sientes abrumado o sobrepasado ¿Te sientes tenso? ¿Te notas ansioso?	¿Comes significativamente más o menos de lo habitual? ¿Tiendes a dormir mucho menos o más que antes? ¿Sueles evitar las relaciones sociales más que antes? ¿Demoras las acciones y evitas responsabilidades? ¿Usas alcohol, drogas o medicamentos para reducir la ansiedad? ¿Reaccionas de forma exagerada frente a hechos cotidianos? ¿Has iniciado hábitos nerviosos?	¿Tienes dificultades para conciliar el sueño? ¿Se te acelera el corazón y siente pinchazos en el pecho? ¿Enfermas con facilidad? ¿Tienes frecuentes cefaleas y dolores de espalda? ¿Tienes digestiones pesadas y malestar abdominal? ¿Tienes náuseas y mareos frecuentes? ¿Tienes episodios repetidos de diarrea o constipación? ¿Has perdido el interés por el sexo? ¿Sientes tensión muscular

	¿Te muestras más hostil?	generalizada?
--	--------------------------	---------------

Este proceso le genera ,y así lo explicitan, un agotamiento mental y cansancio generalizado oscilantes, con alteraciones bruscas del humor (irritabilidad, tensión, disforia), alternadas con una incipiente sintomatología depresiva, de baja autoestima, autoconfianza, inseguridad con dudas/errores/confusiones de las tareas cotidianas realizadas, cuando nunca antes le habían ocurrido, generando todo ello alteraciones emocionales como sentimientos de culpabilidad, fracaso, frustración, impotencia, disminución de la calidad de trabajo (Echeburúa, 2004).

La ansiedad que manifiestan en su tiempo de trabajo, empieza a generalizarse a otras situaciones familiares, sociales con alteraciones emocionales (ganas de llorar, agresividad), iniciando comportamientos substitutivos, (adicciones a alcohol, tabaco, drogas, medicamentos,...) para disminuir esa ansiedad que además de constituir comportamientos patológicos en sí mismos, están en el origen de otras patologías. Algunos estudios la asocian con una mayor comorbilidad (aumento de la prevalencia de hipertensión, ictus, diabetes, EPOC, asma, enfermedades coronarias y reumáticas) y somatizaciones (gastrointestinales, respiratorias, cefaleas y dolores inespecíficos) (Echeburúa, 2004).

Los trastornos de ansiedad según la GuíaANS (2008) se consideran un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales. Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (córtex paralímbico), una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas y/o sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común como ya hemos indicado la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo (GuíaANS, 2008).

Existen escalas internacionales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. La DSM-IV-TR (2003) enumera 12 trastornos de ansiedad y en la CIE-10 (WHO, 1994) los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. En el anexo 13 se expone las equivalencias entre las dos nomenclaturas y en el anexo 14 se presentan los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP junto con los códigos oficiales de la CIE-9 MC y la CIE-10 para facilitar las equivalencias de los mismos. Como orientación inicial, se presenta el anexo 15 que muestra el Algoritmo diagnóstico de un paciente con síntomas de ansiedad.

Los síntomas del estadio anterior se intensifican, complicándose con una paulatina pérdida de seguridad y confianza en sí mismo. La patología ansiosa ya es patente y se presenta de forma habitual como un TEA, donde la clínica se asemeja a la del

TEPT, del estadio 3, pero con menor gravedad (obsesiones, sueños repetitivos relacionados con la situación, hiperactividad del sistema nervioso simpático, irritabilidad, conductas de absentismo), con pensamientos claros de inquietud e idea de cambio de trabajo frecuentes, dificultad mental para acudir al trabajo e inicio de incapacidad laboral temporal (ILT) corta, morbilidad general alta y, oscilaciones en la tensión familiar. En los anexos 16 y 17 se recogen los criterios diagnósticos del TAE y del TAG, según la DSM-IV-TR-AP (2003)

Además de este TEA o TAG generalizada la comorbilidad depresiva es ya elevada, con una sintomatología muy similar a la del *burnout* o síndrome de desgaste profesional, que provoca en el paciente una sensación incipiente de cansancio emocional, agotamiento adaptativo, aislamiento, complejo de inadecuación personal y de ineptitud profesional, con problemas de autoidentidad y, tendencia a sobrevalorar o idealizar las estructuras o personas responsables de la persecución. Al presentar este tipo de alteraciones, la persona afectada tiende al autoaislamiento e infravaloración de sus funciones (Echebúrua, 2004). La sintomatología depresiva evoluciona con la cronicidad del proceso, cuantos más puros son los síntomas depresivos, menor será la duración y la gravedad; sin embargo, si aparecen síntomas atípicos (hipocondría, sintomatología psicótica, paranoide), rasgos neuróticos, ansiedad o enfermedades físicas, la duración, gravedad, cronicidad, comorbilidad, será más prolongada (De Rivera, 2011).

En conclusión, según los investigadores las víctimas experimentan una reacción psicológica derivada de un suceso traumático agudo (TAE o TAG), pues cualquier acontecimiento que quiebre la seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos desemboca en el trauma. La excesiva duración o magnitud de la situación de APT puede dar lugar a cuadros patológicos más graves o a agravar problemas preexistentes, pasando al siguiente estadio de cronificación, donde es posible encontrar cuadros depresivos graves, con individuos con trastornos paranoides e, incluso víctimas que su cuadro social puede conducirle a un intento o consumación de un suicidio (De Rivera, 2011). Todo ello lleva a dirigir la atención hacia diagnósticos médicos graves compatibles con el TEPT (ESTADIO 3) COMORBIDO CON EL TDM (ESTADIO 4).

Estadio 3. Traumático o de estrés ansiedad

En este estadio se presenta tanto una alteración clínica aguda (lesión psíquica) como consecuencia de haber experimentado un suceso violento y que la incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de su vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar, o social, como una secuela emocional que indica un daño psíquico crónico. Las lesiones agudas que sufrirán las víctimas dependerán del tiempo y de la intensidad del ataque, y generarán secuelas que le afectarán en toda su esfera personal: psíquicas, sociales, familiar, de pareja, físicas, laborales, aunque la víctima no sea consciente de ello también hay consecuencias para la empresa, fundamentalmente repercusiones en el clima laboral, organizativas, y sobre todo de impacto económico (Echebúrua, 2004)

Las secuelas emocionales, a modo de cicatrices psicológicas, refieren la estabilización del daño psíquico (su cronicidad), es decir, anuncian una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado, se trata de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual. Las secuelas psíquicas más frecuentes se refieren a la modificación permanente de la personalidad, es decir a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos (dependencia emocional, suspicacia, irritabilidad, etc.). Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un TEPT que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un suceso violento (Echebúrua, 2004).

El TEPT se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física o psíquica de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos, sino también cierto tipo de respuestas). Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático (p.ej., mediante sueños, recuerdos intrusos), la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción (p.ej., reducción del interés en actividades significativas, incapacidad para sentir amor), y síntomas persistentes de activación aumentada (p.ej., dificultades para conciliar o mantener el sueño, ataques de ira) (Echebúrua, 2004). El anexo 18 describe los criterios diagnósticos del TEPT.

El TEPT es más probable, grave y/o duradero cuando el agente estresante es aplicado directamente por el hombre. La probabilidad de desarrollar TEPT aumenta cuando se incrementan la intensidad, duración y/o frecuencia del agente estresante y cuando este es experimentado directamente en vez de simplemente observado o transmitido. Este cuadro se caracteriza según DSM-IV-AP, 1997, Echebúrua (2004) y la Guía NICE (2005) por:

- *Reexperimentación persistente del suceso traumático*: la mayoría de los síntomas característicos son síntomas reexperimentados e intrusiones obsesivas, las víctimas que sufren TEPT, reviven la experiencia y aspectos del suceso traumático de forma involuntaria, intensa y con mucha frecuencia, de un modo muy vívido y perturbador, bien en forma de ilusiones, alucinaciones, pesadillas y memorias vívidas, repentinas y breves (*flashbacks*), incluyendo las que ocurren al despertarse o intoxicarse con sustancias psicoactivas, bien en forma de recuerdos agobiantes y de sentimientos perturbadores que pueden activarse ante cualquier estímulo por mínimo que sea (ruido inesperado, imagen súbita, conversación con el acosador, etc.).

Estos *flashbacks* en los que la persona actúa o se siente como si el hecho estuviese ocurriendo de nuevo; son como pesadillas diurnas e imágenes perturbadoras intrusivas y repetitivas, u otras impresiones sensoriales del suceso y suponen la evocación involuntaria de un recuerdo perturbador que *acude sin pedir permiso* y hace revivir la situación traumática del pasado, en forma de pesadillas. De este modo, la persona, por un espacio de tiempo que puede oscilar entre algunos segundos y unas cuantas horas, pierde total o parcialmente el contacto con la realidad actual (Echebúrua, 2004). El *flashback* supone revivir el acontecimiento (personas, luces, sonidos, olores, etc.) como si estuviese ocurriendo *ahora mismo*, por el contrario un pensamiento intrusivo constituyen recuerdos (eso sí, muy vívidos) recurrentes de lo que sucedió antes y durante el proceso traumático. Los *flashbacks* suelen ir acompañados de una alta activación (sudoración, temblores, palpitaciones, disnea) y la persona puede sentirse inmovilizada e inconsciente de su entorno (Echebúrua, 2004). Cualquier estímulo asociado con el trauma puede provocar *flashbacks*, aunque la persona no sea consciente de esta conexión. Los disparadores del suceso traumático, surgen con un intenso distrés y / o reacciones fisiológicas (Echebúrua, 2004) Esta reexperimentación tiene lugar de una o más de las siguientes cinco formas y el DSM-IV exige que se dé al menos una de ellas:

- ⊗ Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que causan malestar y que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- ⊗ Sueños recurrentes sobre el suceso que causan malestar:
- ⊗ Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose (*flashbacks*);
- ⊗ Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

⊗ Reactividad fisiológica (taquicardia, actividad electrodermal, etc.) al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático

- *Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción*: Las conductas de evitación de cuanto recuerda al trauma es otro síntoma central del TEPT y éstas desempeñan un papel muy importante en las limitaciones experimentadas por las víctimas. Esto incluye rehuir personas, situaciones o circunstancias semejantes o asociadas con el trauma, no obstante rehuir las situaciones y los lugares relacionados directa o indirectamente con el suceso (salir a la calle, tratar con personas desconocidas, viajar, quedarse a solas en casa, etc.) y las lecturas de diarios o libros o películas que puedan recordar el trauma, lo que resulta aún más problemático que tiendan a evitar las conversaciones sobre lo ocurrido, incluso con las personas más allegadas y hasta los pensamientos relacionados con el acontecimiento. Tienden a no compartir con otras personas estos dolorosos recuerdos (como consecuencia de la actitud evitativa y del temor a reexperimentación), sino que lo sufren a solas, temiendo haberse convertido en seres anormales o extraños (Echebúrua, 2004).

Esta vivencia en solitario es gravemente problemática pues si se aísla, rechaza hablar y aún pensar sobre ese acontecimiento traumático, NO SE DESAHOGA, no puede poner orden su caos emocional, no reevalúa cognitivamente lo ocurrido y no recibe el plus de apoyo emocional por parte de los seres queridos. Las personas con TEPT intentan a menudo expulsar los recuerdos del suceso fuera de su mente, y evitan pensar o hablar con detalle acerca de ello, especialmente de los peores momentos. Muchos rumian excesivamente las cuestiones que pudieron evitar el suceso (por ejemplo, por qué les pasó a ellos, cómo podían haberlo impedido o cómo se podían haber vengado). Sin embargo la práctica habitual de expresar y compartir emociones de forma graduada y sin forzar los ritmos, va a contribuir al desbloqueo de esta anestesia emocional y a hacer más permeable la intimidad de la persona. La espontaneidad en las emociones no es sino el resultado del sobreaprendizaje y de una práctica habitual (Echebúrua, 2004).

El DSM-IV exige que la disminución de la reactividad general no se diera antes del trauma y que se den tres o más de los siguientes siete criterios:

- a) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el suceso traumático;
- b) esfuerzos para evitar actividades, lugares o gente que hacen recordar el trauma;
- c) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma;
- d) reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas;
- e) sensación de desapego o distanciamiento de los demás;
- f) restricción de la gama de afectos (p.ej., incapacidad de sentir amor, capacidad muy reducida para sentir emociones asociadas con intimidad, ternura y sexualidad);
- g) sensación de un futuro con menos perspectivas (no se espera tener una profesión, casarse, tener hijos, llevar una vida normal o, en el caso de los niños, convertirse en un adulto).

En realidad, este grupo de síntomas parece comprender realmente dos categorías diferentes:

- a) evitación, la cual incluye los tres primeros, y
- b) embotamiento emocional, la cual incluye los cuatro últimos.

Es muy probable que ciertos tratamientos afecten a una de estas categorías, pero no a la otra, y que cada una de estas requiera, diferentes técnicas.

- *Síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación)*: los pacientes con TEPT también experimentan síntomas de hiperactivación, incluyendo hipervigilancia hacia la amenaza. Las personas afectadas experimentan respuestas exageradas de sobresalto, irritabilidad (como volcanes a punto de estallar), se encuentran permanentemente en estado de alerta, presentan dificultades de

concentración en las tareas cotidianas, y tienen problemas para conciliar el sueño. Por ello, tienden a estar desbordadas por los acontecimientos cotidianos y a estar persuadidas de que ya nada está bajo su control. Un estado permanente de alerta lleva al agotamiento porque, además de estar alterado el sueño, todos los sentidos de la víctima están atentos sin descanso a los posibles peligros de la vida cotidiana. Todo este proceso les genera síntomas de insensibilidad emocional y de culpabilidad (Echebúrua, 2004).

El DSM-IV exige que los siguientes cinco síntomas no estuvieran presentes antes del trauma y que se den dos o más de ellos:

- a) dificultades para conciliar o mantener el sueño (que pueden ser debidas a pesadillas recurrentes en las que el suceso traumático es revivido),
- b) irritabilidad o ataques de ira,
- c) dificultades para concentrarse o completar tareas,
- d) hipervigilancia y
- e) respuesta exagerada de sobresalto.

Los ataques de ira son muy frecuentes y muy atemorizantes para la persona cuando no son consecuentes con su comportamiento y autoconcepto previos al trauma (Echebúrua, 2004).

Estadio 4. Depresión

La tristeza -al igual que el miedo o la ira- es una emoción que permite expresar al ser humano el dolor que vive por dentro y, a la vez, pedir ayuda o apoyo emocional a las personas de su entorno. En este sentido, la tristeza es positiva cuando se vive ante circunstancias realmente dolorosas y siempre que tenga una intensidad y duración proporcional a la situación desencadenante, en cambio el desorden no controlable que causa la tristeza, genera unos síntomas, presentación y modelo de enfermedad que desembocan en la depresión. Mientras hay personas que superan la tristeza, hay otras que no lo consiguen, debido a factores de vulnerabilidad personales (Echebúrua, 2004). Así tienen mayor riesgo de sufrir excesiva tristeza quienes:

- o Se implican menos en actividades agradables y disfrutan menos de la vida.
- o Piensan de una manera que les lleva a estar con más facilidad tristes. Interpretan los sucesos negativos como más terribles de lo que son, no consiguen desconectar de los acontecimientos tristes.
- o Sufren dificultades para relacionarse con otras personas y para resolver los problemas de forma adecuada

Es importante saber que la tristeza patológica no se mantiene si no se la alimenta constantemente, centrar la atención selectivamente en las preocupaciones que le afectan, que le suelen abrumar y que percibe como incontrolables, con una forma de pensar negativa y un comportamiento equivocado de aislarse de la gente o no realizar actividades placenteras, ni autocuidado en las actividades básicas diarias. Una vida rutinaria y monótona es el resultado de todo ello. La persona atiende a lo triste, recuerda las penas y no es capaz de ver las cosas positivas de su alrededor, por la influencia de un estado de ánimo melancólico, rehuye practicar actividades placenteras, no le apetece ver a gente, prefiere quedarse sola. Esta evitación progresiva de entretenimientos le lleva a descuidar su aspecto físico (aseo, ejercicio físico), a enlentecer sus actividades diarias, al abandono de obligaciones, a no pensar con claridad, a caminar cabizbajo, desgano, etc. Todo ello puede conducir a una prolongada y profunda depresión (Echebúrua, 2004).

La depresión se expresa en una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de un afecto positivo (una pérdida de interés y placer en cosas ordinarias y experiencias), el humor bajo y una gama de síntomas emocionales asociados, conductuales, físicos y cognoscitivos. De los conductuales destacan tristeza, estar más sensible, llanto, desgano para realizar actividades

cotidianas o para relacionarse con otras personas, retirada social, lentitud, pasividad, apatía, sueño reducido o alteraciones del mismo, disminución del apetito (a veces conduciendo a la pérdida de peso significativa), dificultades para dejar de pensar en el suceso ocurrido e irritabilidad (Echebúrua, 2004).

Entre los físicos aparece una exacerbación de dolores preexistentes, y dolor secundario a la tensión muscular aumentada y otros dolores, una carencia de libido, fatiga y disminución de la actividad, aunque la agitación es común y la ansiedad puede estar marcada frecuentemente. Los cambios cognoscitivos incluyen concentración pobre, atención reducida, pensamientos pesimistas y recurrentemente negativos sobre uno, el pasado de alguien y el futuro, el frenado mental y la rumia, con una pérdida de interés y placer en la vida diaria, los sentimientos de culpa, inutilidad y el castigo merecido son comunes, como son el amor propio y la autoestima baja, la pérdida de confianza, sentimientos de impotencia, ideas suicidas y tentativas en el autodaño o el suicidio (NICE, 2009). La propia víctima expresa quejas reiterativas que delatan su estado: "*no tengo ganas de hacer nada*", "*estoy cansado de esta vida*", que pueden generar muestras de apoyo y cariño en ciertas personas, y otras salen despavoridas ante estas personas que lloran constantemente, sin tener según éstas motivos para ello (Echebúrua, 2004).

La depresión a menudo viene acompañada por la ansiedad, y en estas circunstancias uno de tres diagnósticos puede ser hecho: (1) la depresión, (2) la ansiedad, (o 3) la depresión y la ansiedad mixta, dependiendo de cual sea la constelación de síntomas que domine el cuadro clínico. Además, la presentación de depresión varía con la edad, mientras mas jóvenes, dan síntomas conductuales, los pacientes más adultos dan más síntomas somáticos y menos quejas de humor bajo. La gente con depresiones severas también puede desarrollar síntomas psicóticos (alucinaciones y/o ilusiones), el tema que más comúnmente se repite son los sentimientos negativos, pensamientos de autculpa y el humor bajo, que también son encontrados en la depresión mayor, aunque los otros puedan desarrollar síntomas psicóticos sin relación al humor del paciente. En el caso último, estos síntomas incongruentes de humor psicóticos pueden ser difíciles de distinguirse de aquellos que ocurren en otras psicosis como la esquizofrenia (Echebúrua, 2004).

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. La depresión abarca una amplia variedad de experiencias y formas de enfermedad de leves a severas, de pasajeras a permanentes, y que el riesgo de suicidio varía considerablemente con el tipo de depresión. Dado el alto número de suicidios en la comunidad y los altos índices de depresión entre los que mueren por suicidio (del 20% al 60% de las muertes por suicidio ocurren entre personas que poseen un trastorno del estado de ánimo), es vital que aquellos que sufren de depresión busquen también tratamiento para minimizar el riesgo de suicidio (FEAFES, 2006).

Sin embargo, es importante aclarar que la tristeza de un trastorno depresivo importante difiere en grado y cantidad de la tristeza que sufre una persona en momentos en los que la vida es especialmente difícil. Generalmente, los estados normales de dolor o tristeza tienen efectos menos profundos y duran menos tiempo que los que indican una depresión importante, y no llevan asociado un aumento del riesgo de suicidio al tratarse de estados de ánimo no patológicos. No obstante, el *mobbing* es un estresor grave que puede conducir a la morbilidad psiquiátrica y médica e incluso al suicidio (Echebúrua, 2004).

Así dentro de los Trastornos afectivos, de un 10 a un 15% de personas con depresiones graves muere por suicidio y un 56% lo intentan. El TDM -a menudo con ideación suicida- se asocia con frecuencia con ser acosado psicológicamente (Girardi et al, 2007). El TDM puede llegar a aumentar 20 veces el riesgo de suicidio y el trastorno bipolar 15 veces, en especial, el riesgo de suicidio se incrementa durante el inicio del episodio de depresión mayor y en el período de remisión parcial, ya que en la fase de estado, el enlentecimiento psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción (Coryell y Young, 2005). No obstante en pacientes con TDM (con mayor prevalencia que el trastorno depresivo mayor) el riesgo de suicidio es menor, de ahí que la clásica cifra de 15% de mortalidad por suicidio en pacientes con depresión haya descendido a un porcentaje global de 5% (Bostwick y Pankratz, 2000). La tasa de suicidios en el trastorno bipolar oscila entre un 10-15%, para algunos autores es mayor en los pacientes con trastorno bipolar II, y aumenta con la comorbilidad con otros trastornos, especialmente con los trastornos de la personalidad (FEAFES, 2006).

El TDM es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes los síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas (GuíaTDM, 2008).

La depresión mayor generalmente es diagnosticada cuando un humor es persistentemente bajo y no reactivo, con ausencia de los afectos positivos junto con una gama de síntomas, el número y la combinación de los cuales conlleva a realizar un diagnóstico supuestamente definido, aunque algunas personas muestren una presentación atípica con el humor reactivo, el apetito aumentado, el beneficio de peso y la somnolencia excesiva. Además, aquellos con una presentación más severa y típica, incluyendo la lentitud física marcada (o la agitación marcada) y una gama de síntomas somáticos, a menudo son mencionados como depresiones melancólicas, o la depresión con la melancolía. La distinción de los cambios de humor entre el TDM y aquellos que pueden ocurrir 'normalmente' permanece siendo una problemática: la persistencia, la severidad, la presencia de otros síntomas y el grado de daño funcional y social forma la base de esta distinción. Comúnmente, el humor y el afecto en una depresión mayor son no reactivo a las circunstancias, permaneciendo bajo en todas partes del curso de cada día, aunque para algunos pacientes el humor varíe diurnamente, con la mejora gradual a lo largo del día, pero sólo para volver a un humor bajo sobre el anochecer. Posiblemente el humor de una persona puede ser reactivo a experiencias positivas y acontecimientos, aunque estas elevaciones en el humor no sean sostenidas, con el resurgimiento de sentimientos depresivo, a menudo rápidamente (GuíaTDM, 2008).

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones ICD-10 y DSM-IV-TR. Su gran

utilización radica en la existencia de criterios homogéneos entre diferentes profesionales. No obstante, el problema que acarrearán para describir esta patología es que no describen estrategias de intervención, el diagnóstico es más un proceso de asignación, no es útil como proceso de evaluación. La CIE-10 incluye en la sección de trastornos del humor (afectivos) los episodios depresivos y el trastorno depresivo recurrente. Esta sección consta de siete apartados: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y sin especificación. La base de la clasificación se establece en función de los grupos clásicos de trastornos bipolares y depresiones no bipolares, bajo la posibilidad de episodios únicos o recurrentes. También valora para subclasificar la intensidad (leve, moderada, grave) y la presencia o ausencia de síntomas psicóticos (GuíaTDM, 2008).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquier caso siempre deben estar presentes al menos 2 de los 3 síntomas considerados característicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés, y capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso, sino pasaría a estar considerado de grado moderado o grave y, además deben presentar al menos 2 del resto de los síntomas somáticos descritos en el anexo 19. Para definir los criterios de gravedad de un episodio depresivo observar los criterios B, C y D del anexo 20 (GuíaTDM, 2008).

Así la CIE-10 emplea la codificación F.32 para los episodios depresivos con el tercer dígito que refleja la gravedad, y F.33 para el trastorno depresivo recurrente con el tercer dígito que refleja la gravedad. Encontramos que los episodios y trastornos depresivos están incluidos en la sección de trastornos del estado de ánimo. Esta sección está dividida en 3 partes: en la primera se describen los *episodios afectivos* (entre el que se encuentra *episodio depresivo mayor*), en la segunda, se describen propiamente los trastornos del estado de ánimo entre los que encontramos los trastornos depresivos (depresión unipolar). *Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado)* se distinguen de los bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco (período durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable), mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia o historia previa de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos, y van normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. Finalmente, la tercera parte incluye las *especificaciones (gravedad/psicosis/cronicidad/remisión)* que describen el episodio afectivo actual o el más reciente o el curso de los episodios *recidivantes (curso longitudinal, patrón estacional, ciclos rápidos)*.

Basándonos en los criterios propuestos por el DSM-IV-TR (APA, 2003) se define el TDM de episodio único como la presencia de un único episodio depresivo mayor que no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Asimismo nunca debe haber tenido antes un episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. El Episodio Depresivo Mayor (EDM) según el DSM-IV-TR (APA, 2003) utiliza 9 síntomas depresivos, y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial o total o no especificada, ver anexo 21.

A diferencia del CIE-10, en la DSM-IV-TR sólo tienen codificación los trastornos, los episodios no, 296.2X para el trastorno depresivo y 296.3X para el trastorno depresivo recidivante. El quinto dígito se utiliza para codificar las especificaciones del estado del episodio actual o el más reciente, o el curso de los episodios

recidivantes, respectivamente. Las categorías de estos episodios depresivos deben ser utilizados únicamente para episodios depresivos aislados (o para el primero), los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente

En la literatura hasta hace bien poco se exponía que los intentos de homicidios o asesinatos no llegan a materializarse pues se adoptan cuadros más de culpabilidad interna, pero por la experiencia adquirida, pero no publicada, por el psicólogo Puig, en la actualidad se empieza a reconocer que estas víctimas en este estadio pueden tener conductas violentas hacia las personas que él considera que le han maltratado, cuando existe la percepción de baja autoestima, la víctima se siente humillada, o cuando se responsabiliza a cierta persona/as en concreto como causante de su situación.

Estadio 5. Crónico de deterioro

La situación ha llegado a ser insostenible, el derrumbe de la víctima es total, su situación es de descontrol. Clínicamente se caracteriza una sintomatología grave mixta, que comprende síntomas depresivos, psicósomáticos y de estrés postraumático que le ocasiona bajas continuadas discontinuas al principio, pero posteriormente a Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) continuada que pueden llevarle a la Incapacidad permanente Laboral (IP). Las relaciones de pareja y familiares se hacen muy difíciles, con tensiones, discusiones continuas y repercusiones escolares o psicológicas en los hijos. Una consecuencia particularmente grave del APT es la destrucción de la identidad de la persona, que provoca cambios de personalidad en la víctima, De Rivera (2011). Piñuel (2001) distingue tres patrones básicos de cambio permanente en la personalidad provocados por la situación de APT (anexo 22).

La evolución crónica del síndrome de acoso puede desarrollar diferentes tipos de estado según De Rivera (2011) de negación, el afectado pretende y se convence así mismo de que no ha pasado nada y que la vida es así, depresivo, se instaura un trastorno depresivo mayor con alta comorbilidad de estrés postraumático, hostil-paranoide, con predominio de rasgos de hipersensibilidad y rencor, psicósomático, con predominio de trastornos funcionales sobre todo de tipo muscular, articular, digestivo o cardiovascular, y, mixto, síntomas de todo tipo presentes, sin predominio claro de ninguno de ellos. Frecuentemente diagnosticado erróneamente, tal como hemos indicado de trastorno adaptativo ansioso-depresivo. Una vez estabilizado el síndrome de acoso es un trastorno grave, altamente incapacitante, que tiende a seguir un desarrollo crónico y resistente al tratamiento. Sin embargo, según Echebúrua (2004) por paradójico que parezca, los síntomas experimentados suponen un intento (eso sí fallido) de adaptarse a la nueva situación.

González de Rivera y Rodríguez-Abuín (2006) indican que el APT en el contexto laboral es causa de una severa psicopatología de instauración progresiva y que tiende a evolucionar hasta cronificarse, siendo el paranoidismo muy evidente y la sintomatología depresiva y somatizaciones muy habituales, detectándose una evidente correlación entre el acoso percibido y la sintomatología posteriormente desarrollada. No obstante Leymann y Gustafson (1996) dado que los pacientes con TEPT a menudo son diagnosticados incorrectamente de trastornos psicóticos, por lo cual se les orientan con diagnósticos en áreas psicóticas, comprobaron si había movimientos físicos maníacos extremos (manierismo y posturismo); megalomanía, alucinaciones y contenidos de pensamiento extremos (paranoia). Ninguno de sus pacientes mostró síntomas de tendencias psicóticas.

Según Leymann (1992a) el TEPT podía cronificar a cambios de personalidad permanente con la obsesión predominando, con la depresión como predominante, o

con síntomas adicionales que indican que el paciente ha renunciado. La CIE-10 (WHO, 1992) y el DSM-IV (APA, 2003) establecían que el TEPT en su fase crónica podía desembocar en un cambio de personalidad permanente.

La CIE-10 (WHO, 1992) presenta los trastornos y transformación de la personalidad con la descripción y las pautas del diagnóstico seguidos de los términos de inclusión y de exclusión. Categoriza ocho trastornos específicos principales codificados de F60.0 a F60.7, que no se excluyen mutuamente y que tienen sintomatología superpuesta. De los descritos interesan en este estudio los trastornos de la personalidad de tipo paranoide (De Rivera, 2011), esquizoide, impulsivo (hostil) (De Rivera, 2011), anancástico (obsesivo-compulsivo) (Leymann 1992a, Piñuel 2001), ansioso (con conducta de evitación) (Leyman, 1992a y Piñuel, 2001). Para los casos difíciles de diagnosticar, porque no reúnen certeramente los síntomas de las categorías anteriores, se usa el código F61 con los subtipos mixtos (F61.0) y el de variaciones problemáticas de la personalidad (F61-1). El grupo de transformación persistente de la personalidad se categoriza según sea consecuencia de una experiencia catastrófica (TEPT) (F62.0) o de una enfermedad psiquiátrica (TDM) (F62.1). Aunque el trastorno esquizotípico se clasificaba antes entre los trastornos de la personalidad, con la CIE-10 se clasificaron en otra sección.

En general la CIE-10 (WHO, 1992) describe que estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. La transformación de la personalidad se diferencia de los trastornos de personalidad según la CIE-10 (WHO, 1992) porque se adquiere normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de exposiciones prolongadas a situaciones estresantes excesivas o graves, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales. Los diagnósticos incluidos en el apartado F 62 deben hacerse cuando haya una clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y de sí mismo. Los criterios diagnósticos de los códigos F60.0 trastorno paranoide de la personalidad, F60.1 trastorno esquizoide de la personalidad, F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (hostil), F60.5 trastorno anancástico de la personalidad F60.6 trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad, F62.0 transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica y el F62.1 transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica, se han incluido en el anexo 22.

Echebúrua (2004) y NICE (2005) describen como rasgos característicos de este proceso los problemas en la regulación de las emociones, la pérdida de la confianza personal e interpersonal, la reexperimentación del trauma, las conductas de evitación y, la inadaptación a la vida cotidiana que se exponen a continuación:

A. Problemas en la regulación de las emociones: La inestabilidad emocional es una característica habitual en las víctimas de un suceso traumático. Aparece con frecuencia una mezcla de miedo, ira, vergüenza, culpa, etc., lo que le lleva a una pérdida de confianza en las personas y a una sensación generalizada de vulnerabilidad personal. Hay personas cuya falta de control sobre sus emociones les puede llevar a un tipo de vida caótico (Echebúrua, 2004)

A.1. Anestesia emocional: Las víctimas pueden, en algunos casos, describir lo ocurrido, pero manifiestan problemas de expresión emocional (tristeza, infelicidad, dolor, etc.) no pueden hacer brotar las lágrimas que tienen congeladas. El

embotamiento emocional constituye una reacción protectora de la víctima. No depositar sentimientos de afecto o de confianza en otras personas ni estar dispuesta a recibirlos supone una pérdida de identidad personal, pero es una forma de protegerse de peligros potenciales. La víctima no quiere nuevos desengaños y trata de blindarse ante la realidad externa, adoptando conductas de cerrazón emocional o de distancia respecto a las demás personas en forma de actitudes de cinismo, de conductas hipercríticas, de amargura o de abuso de alcohol o de comida. Sin embargo, la víctima acaba por sentirse muy sola y aislada social y emocionalmente. La huella del trauma puede crear, además una *visión tunel*, en donde toda la realidad se filtra y reinterpreta a través de la experiencia sufrida. De este modo, se olvidan los momentos, pasados de felicidad habidos y se niega la posibilidad de volver a tenerlos, como si una persona estuviera ya marcada por el destino (Echebúrua, 2004).

Este embotamiento afectivo es muy difícil de tratar, pues si bien contribuye a aliviar el dolor, a largo plazo tiene consecuencias perjudiciales, pues dificulta las manifestaciones de ternura, lo que supone un obstáculo en las relaciones de intimidad o de relación, ser sarcástico cuando antes no lo era es también un signo de embotamiento afectivo. Este bloqueo es un caparazón, a modo de membrana, para protegerse de los recuerdos traumáticos. Incluso el percatarse de la normalidad de la respuesta afectiva, puede hacer a la víctima sentirse más vulnerable a los recuerdos traumáticos. Así las conductas de evitación descritas, y este embotamiento emocional intentan prevenir futuros daños que le podrían ocurrir a la persona afectada si se implicase de nuevo en una vida activa y recuperase la confianza en las personas (Echebúrua, 2004).

A.2. Irritabilidad: La ira es una emoción que pertenece al ser humano y como tal es positiva y necesaria para la supervivencia. Es un instrumento muy útil en manos de una persona que la sabe controlar y valerse de ella cuando la necesita. Sin embargo, cuando la ira domina o desborda a la persona, cuando se dirige de forma desmedida hacia otra persona, cuando produce consecuencias negativas al bienestar de los demás, e incluso cuando aparece en situaciones innecesarias, se trata de una ira problemática o desadaptativa. Los sentimientos de rabia que pueden oscilar entre desde explosiones de ira hasta sentimientos de irritabilidad generalizada, son una reacción frecuente en las víctimas del trauma. Los reproches a los demás de las desgracias personales constituyen una dificultad seria para las relaciones interpersonales profundas. La irritabilidad surge con frecuencia como la expresión de una secuencia repetida periódica causada tanto por factores externos como internos (Echebúrua, 2004):

- a. Acumulación de tensión: ésta surge normalmente de los conflictos diarios (discutir con compañeros del trabajo, recibir una bronca del jefe, problemas económicos, educación de los hijos, atascos de tráfico, colapso del transporte público), pero la víctima en vez de solucionar cada conflicto de forma dialogada y razonable, se lo guarda para sí. Esto genera un acumulo de tensión que se vive de forma muy negativa y molesta, que le lleva a discutir por cosas sin importancia, experimentar emociones negativas (tristeza, frustración, irritación, nerviosismo, etc.).
- b. Explosión: esta fase se produce cuando la tensión acumulada se descarga de forma incontrolada. La víctima es consciente y aprecia que la ira se le ha desbocado y no la ha podido detener.
- c. Arrepentimiento: tras la descarga de la tensión en forma de una ira descontrolada puede venir la fase de arrepentimiento. La persona se da cuenta de que ha perdido el control con quién no se merece esa reacción y puede sentirse triste o culpable, queriendo reconciliarse con la persona objeto de su ira y desea firmemente no volver a perder los estribos.

Ante un suceso negativo existen factores que se relacionan con la escalada de la ira, no obstante dependerá de la personalidad de la víctima, de sus estrategias de solución de problemas, de su entorno familiar anterior y actual de la red de apoyo social y de su estado de ánimo. La ira ascenderá rápidamente si se comienzan a tener pensamientos calientes, son como la cerilla que hace arder el fuego, unidos a

sensaciones corporales, son sensaciones físicas que una persona detecta cuando comienza a enfadarse y a perder el control. Al interactuar estas sensaciones corporales con los pensamientos calientes se potencian recíprocamente y se acelera la escalada. Finalmente, aparecen las conductas que una persona realiza cuando se está calentando o enfureciendo (comportamientos furiosos), en estos casos la ira aumenta más rápidamente. Si una persona se ha enfadado con un compañero de trabajo, o con el jefe y va llenándose la cabeza de pensamientos calientes, y si además, nota tensión muscular, entonces su nivel de ira, en vez de enfriarse, se va acrecentando y puede expresarlo en forma de conductas inapropiadas (gritar, insultar, golpear la mesa) (Echebúrua, 2004).

A.3. Ansiedad e hiperactivación: un estado de alerta permanente interfiere negativamente en la vida cotidiana de la víctima. En estas condiciones una persona puede encontrarse alterada constantemente, sentirse irritable, tener dificultades para dormir, permanecer vigilante ante cualquier estímulo, por insignificante que sea y sentirse en la necesidad de controlar todo lo que está a su alrededor. Si se activa la ansiedad patológica genera sufrimiento, somete a la persona a un desgaste excesivo, interfiere negativamente en su calidad de vida y altera su funcionamiento físico y psíquico (baja resistencia ante ciertas enfermedades, insomnio, nerviosismo, infartos, ictus, hipertensión, cefaleas, migrañas, problemas digestivos, vómitos, úlceras, náuseas, diarreas, etc.). Si añadimos que acumular mucha ansiedad sin descargarla adecuadamente puede activar otros mecanismos que estimulan emociones negativas (como la ira, la tristeza, el rencor, la rabia, etc.) que empeoran más la calidad de vida de la víctima (Echebúrua, 2004).

A.4. Depresión (se ha analizado en el estadio 4)

A.5. Sentimientos de culpa: la culpa como las demás emociones tiene una función reguladora en el organismo. El malestar generado por el remordimiento sirve para la evitación preventiva de las situaciones que lo generan o para la realización de conductas de reparación cuando algo se ha hecho ya mal. La culpa anómala se puede expresar de formas muy variadas a veces, se trata de soslayar el remordimiento sin afrontarlo directamente, incluso sin conciencia de culpa (represión emocional). Otras veces se realizan estrategias inadecuadas que enmascaran la culpa y que sirven para eludir un malestar que, en estado de lucidez, atenaza a la persona afectada, como la implicación en conductas muy excitantes, los intentos de suicidio, la comida abusiva, los comportamientos adictivos, el trabajo vivido compulsivamente (Echebúrua, 2004).

Lo edificante es identificar lo negativo correctamente, tomar conciencia apropiada de la culpa y expresarla verbalmente. Al sacar la culpa de uno mismo es más fácil analizarla siendo más objetivo, pudiendo generar tres posibilidades de respuesta: una persona puede ser total o parcialmente responsable, el suceso ocurrido fue imprevisible o tuvo lugar al margen del control del sujeto y, la víctima hizo lo posible, pero no pudo evitar lo ocurrido. Si la culpa es irracional, es necesario que se objetive la situación, que el propio paciente detecte que la culpa es una distorsión cognitiva relacionada con su malestar emocional y a enseñarle alternativas de pensamiento racionales para hacer frente a esos pensamientos automáticos. Para ello debe hacerse una jerarquía de los objetivos terapéuticos y centrarse en aquellos más invalidantes para la víctima (Echebúrua, 2004).

B. Pérdida de la confianza personal e interpersonal: La víctima de situaciones especialmente traumáticas o de sucesos traumáticos impactantes, sobre todo aquellos intencionados, continuados, repetitivos en que la víctima se ha sentido degradada y humillada tiene efectos devastadores, pérdida de confianza en sí misma y en las demás personas. La víctima puede verse a sí misma como despreciable por no haberse sabido defender, y lo que es peor, sentirse dañada de

forma irreversible, su autoestima estará degradada. En lo que respecta a la confianza interpersonal la víctima puede considerar al resto de personas como potencialmente peligrosas, y a otras como insolidarias con su dolor, pues los demás pueden no ser conscientes del alcance del sufrimiento de la víctima y no darle el apoyo emocional necesario, provocando el aislamiento social y la falta de comunicación (Echeburúa, 2004).

B.1. Autoestima degradada: La autoestima es la forma en que una persona se valora a sí misma y a lo que es capaz de hacer. De ahí deriva el sentimiento de mayor o menor satisfacción que un ser humano experimenta consigo mismo. Es la valoración que la persona hace de sí misma tras mirarse en un espejo y tras compararse con los demás que están a su alrededor en diferentes aspectos que le resultan significativos: atractivo físico, éxito familiar y social, inteligencia, forma de ser, logros alcanzados en la vida (Echeburúa, 2004).

Si una persona posee autoestima positiva se siente segura, capaz, satisfecha, hace frente a los avatares de la vida, acepta y tolera las críticas, en síntesis mantiene relaciones apropiadas con los demás. Por el contrario si una persona tiene una autoestima negativa se ve incapaz, inútil, inferior, no se acepta, se muestra muy dependiente de los demás, no acepta las críticas les tiene terror, las autocreencias generalizadas negativas son constantes (la propia víctima verbaliza expresiones como. "no valgo para nada, nadie me quiere, no merezco la vida, me detesto"), lo que provoca un daño moral y de tristeza muy importante. El ciclo se inicia con una situación negativa, sobre la cual la víctima realiza una interpretación general y exagerada, que le lleva a un sentimiento de tristeza o de enfado, ira, que le genera un comportamiento de evitar el contacto con la gente, enfadarse con las personas más próximas, etc. (Echeburúa, 2004). Los factores asociados con la baja autoestima podrían ser:

Personalidad:

- No tolerar la frustración, ni los fracasos ni los propios errores
- Proponerse metas inalcanzables o muy difíciles
- Timidez que le impide comunicarse adecuadamente con los demás
- Mostrar dificultades para controlar las emociones (en especial la ira y la tristeza)

Sucesos negativos y estresores

- Vulneración de derechos constitucionales como la dignidad personal (ser humillado, ridiculizado, pisoteado, etc.)
- La soledad no querida.

Pensamientos negativistas

- Centrarse y fijarse en los aspectos negativos
- Recrearse en los defectos y restar importancia a sus cualidades o virtudes
- Menospreciarse al compararse con los demás, atribuyéndoles logros, cualidades, habilidades, atributos, capacidades
- Valorar más los fracasos y defectos que los éxitos y virtudes.

B.2. Aislamiento social y falta de comunicación: El aislamiento social de la víctima es consecuencia de la vergüenza experimentada por ella, el miedo a evocar pensamientos angustiantes en contacto con otras personas e incluso el temor a que se le tache de *raro*, y es el resultado del ensimismamiento provocado por el trauma, de la depresión subyacente y de la pérdida de interés por el mundo exterior, pero constituyen una forma de proteger y no abrumar con sus pensamientos a sus seres queridos. Todo ello supone un intento de control de un mundo exterior percibido como hostil (Echeburúa, 2004).

C. Reexperimentación del trauma: El aspecto más doloroso del trauma es, sin duda, revivir intensa y frecuentemente, de forma involuntaria, la experiencia sufrida. No son meros recuerdos, son vivencias que se agolpan en la mente y aunque la persona se esfuerce en no recordarlas, las vivencias retornan continuamente.

Vienen acompañadas de una intensa excitación y carga psicofisiológica. El malestar emocional generado de tristeza, ansiedad, ira, asco se mezcla con un malestar físico cefaleas, migrañas, mareos, vómitos, taquicardia, hipertensión, etc. El trauma es percibido por el cuerpo como amenaza a su integridad de ahí que la persona adopta conductas inesperadas de protección y defensa (Echebúrua, 2004).

D. Amnesia disociativa: A los sucesos traumáticos suele estar asociada la amnesia disociativa, que consiste en la imposibilidad de recordar la información relacionada con el acontecimiento negativo y que no puede ser atribuida a las leyes naturales del olvido. La existencia de este fenómeno es consecuencia de la necesidad que tiene la víctima de olvidar acontecimientos desagradables, de retroalimentarse con sentimientos de culpa por no haberse sabido defender, de vergüenza inconfesable de admitir una realidad intolerable y no creíble por otras personas. La amnesia disociativa tiene, sin embargo, unos efectos negativos: impide la expresión emocional de lo ocurrido, evita el apoyo social adicional que se da en estos casos, bloquea la reevaluación cognitiva de lo ocurrido. Y, en último término, facilita las conductas de evitación (Echebúrua, 2004).

E. Conductas de evitación: La evitación es una reacción protectora natural para tratar de eludir y enterrar en el olvido una realidad intolerable para mantener el equilibrio emocional y la coherencia social. Las víctimas prefieren no pensar en la experiencia vivida y no hablar con otras personas de lo ocurrido para no cargarles con su drama. A los demás, tampoco les agrada escuchar esa experiencia y ni siquiera se atreven a preguntar. Por todo ello, la víctima tiene una tendencia natural a eliminar las atrocidades del campo de la conciencia (Echebúrua, 2004).

Las víctimas como resultado del suceso traumático experimentan numerosos temores a las situaciones de la vida cotidiana (afrontar problemas banales, relacionarse socialmente, viajar, implicarse en nuevos proyectos, salir de casa, conducir) y por ello tienden a evitarlas sistemáticamente. Pueden comenzar a considerar peligrosas circunstancias que incluso no están relacionadas directamente con el acontecimiento vivido. La evitación de estas actividades diarias pueden ofrecerle un alivio momentáneo sin embargo contribuyen por un lado a mantener y extender las conductas de temor y por otro, a limitar la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas y, en último término a reducir la calidad de vida de la víctima. La evitación es a veces sutil y se reviste de lo que se denomina conductas de seguridad (no pasar por delante del edificio donde ha ocurrido el acoso, cerciorarse de no acercarse a los lugares que frecuentaba con otros compañeros de trabajo para evitar tener que explicar su estado, alejarse de amigos o conocidos con cualquier tipo de estrategias, etc.) (Echebúrua, 2004)

F. Inadaptación a la vida cotidiana: El padecimiento del trauma con frecuencia lleva a una inadaptación a la vida cotidiana previa. La víctima puede estar tan reclusa, pegada, eclipsada por su pasado, con un filtro tan negativo que puede provocarle vivir su presente con dificultades y proyectar un futuro con muchas incertidumbres. Este proceso se ve agravado por las secuelas físicas que padece lo cual no sólo le acarrea tener un recordatorio siempre presente del suceso sufrido, sino que le impide retomar aficiones, relaciones sociales, pues puede vivirlas como una traición a causa de su culpabilidad, no es digna de volver a disfrutar de la vida (Echebúrua, 2004).

La pérdida de ilusión en el futuro y cuestionamiento del significado y el valor de la vida le lleva a plantearse la idea de desaparecer y no hacer daño a sus seres más queridos (ideación autolítica o intentos de suicidio), así el desprecio o deterioro de las relaciones interpersonales, la aparición de conductas impulsivas (cambio brusco de estilo de vida, automedicación, abuso de alcohol, etc.) e incluso una transformación persistente de la personalidad, hace que la víctima se pueda volver

más dependiente emocionalmente, más desconfiada y más irritable, en definitiva más vulnerable, lo que hace aumentar el riesgo de autolesiones (Echeburúa, 2004). En suma, la vivencia imprevisible de una tormenta u oleada de sentimientos negativos, la pérdida de la espontaneidad emocional y la tendencia al aislamiento social lleva a congelar la capacidad de disfrutar de la vida cotidiana y la implicación en proyectos de futuro. La conciencia del traumatizado minimiza el peligro antes del suceso traumático y la maximiza después. Asimismo, muchas personas se niegan a aceptar las propias necesidades emocionales y llegan a avergonzarse de pensar lo que piensan y de sentir lo que sienten, el riesgo de autolisis se incrementa (Echeburúa, 2004).

1.3. Impacto social-sanitario-económico-laboral del acoso psicológico en el trabajo.

En el momento actual hay que reconocer que la seguridad en el empleo es el valor máximo al que aspira el trabajador dada la precariedad laboral que existe en nuestros días. El ansia por la seguridad en el puesto de trabajo está tan extendida que la percepción de una situación de inseguridad en el empleo supone un factor de estrés de primer orden para el individuo y secundariamente, por extensión, para toda su familia. La literatura científica ha mostrado ampliamente la asociación causal entre el desempleo y una mayor morbimortalidad, peores hábitos de salud y calidad de vida. Estudiando las variables psicosociales que podrían suponer riesgo para la salud mental, se han descrito diversos factores de riesgo psicosocial en el medio laboral, así se han podido describir características de algunas ocupaciones que suponen por sí solas mayor probabilidad de sufrir psicopatología, o se ha visto, como los trabajadores sometidos a una alta carga mental, baja autonomía y escaso apoyo social, presentan significativamente un deterioro de su salud mental (Cano, 2011).

Esta inseguridad laboral genera que la depresión/ansiedad asociada a ella suponga un importante problema de salud debido a su elevada prevalencia e incidencia, a la discapacidad y/o deficiencia psicofísica que genera y a su enorme impacto económico. Los síntomas depresivos, de ansiedad y el estrés relacionado con el trabajo, son las causas más frecuentes de trastornos mentales entre la población activa en los países desarrollados (Araña et al, 2008a). Por consiguiente los TMG que padecen las víctimas de APT son problemas de salud que tienen un fuerte impacto social, sanitario, económico y una importante repercusión en la calidad de vida de las personas que las sufren y sus familias, en la coyuntura laboral actual, en la repercusión en el gasto sanitario y en la utilización de los recursos sanitarios asistenciales escasos en la actualidad (Araña et al, 2008a).

Es evidente que la complejidad y dificultad que entraña la valoración de la psicopatología asociada a la actividad laboral, el coste general que genera su tratamiento en el conjunto de la sociedad, no sólo es empresarial y no sólo es sanitario, ni tampoco solamente regulatorio mediante el control y el seguimiento de las confirmaciones de las certificaciones de ILT (Araña et al 2008a). Ante los datos que se expondrán más adelante, adquiere una enorme relevancia la actuación urgente de la sociedad en su conjunto, con la implicación de todos los agentes interesados- autoridades públicas, interlocutores sociales, empresas, centros de trabajo, aseguradoras públicas y privadas, mutuas laborales, organizaciones sindicales y asociaciones de ayuda de víctimas- que en un marco de «buena gobernanza» basado en la participación universal, deben proponer un marco estable de ayuda en el manejo, prevención y detección de la afectación psicopatológica del hostigamiento psicológico laboral y la rápida intervención de las USL. Sino se aplican medidas, el impacto económico-sanitario-laboral de las repercusiones psicopatológicas de la SM en el trabajo, generan unos costes altísimos, tanto por los efectos en la reducción de la salud de los trabajadores, que afectará al rendimiento y a la productividad laboral, como por los incrementos sobre el gasto sanitario generado por la utilización de servicios y recursos asistenciales, tan mermados en estos tiempos de incertidumbre económica-social-laboral (Araña et al 2008a).

Para entender el impacto social-sanitario y económico se ha de recordar que este trauma laboral provoca la destrucción del equilibrio psicológico de estas víctimas y su resolución, o como mínimo la no afectación crónica del mismo, deberían de ser valoradas desde su inicio y con carácter urgente por las USL, pues si no se adoptan desde un primer momento medidas preventivas en el ámbito laboral, las víctimas acaban desarrollando una serie de cuadros patológicos como los descritos

anteriormente. Estas USL son organismos especialistas en salud laboral y asesoran y emiten informes y dictámenes a los médicos de cabecera. Pero al no estar reconocidos estos comportamientos como accidente de trabajo pasarán a estar consideradas como enfermedad común, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, siendo atendidas por tanto por profesionales sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria, MAP y no por profesionales de las USL, que disponen de médicos especialistas en medicina del trabajo, psiquiatras, psicólogos, más expertos en la identificación y posterior emisión de un informe de vigilancia de riesgos laborales y actuaciones preventivas en su empresa. Puede observarse como la resolución del APT ya desde su diagnóstico se complica.

Así las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo son consideradas por los profesionales comunitarios que les atienden (MAP, psiquiatras y psicólogos) como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, por tanto no son atendidas por profesionales de las unidades de salud laboral, especialistas en medicina del trabajo. Esta actuación conlleva a que en este estudio se relacione *Acoso Psicológico en el Trabajo (APT)*, *Incapacidad Laboral Transitoria (ILT)* y *Salud Mental (SM)* y por tanto se estudien conjuntamente.

Por consiguiente se hace necesario analizar la incidencia e interacción de la salud mental derivada del mobbing con la psicopatología en el ámbito laboral, pues la actuación del MAP se ve condicionada por variables tan importantes como la gestión de la ILT que conlleva esta patología laboral, las repercusiones económicas, personales y administrativas que ello le comporta, las presiones por parte de los gestores sanitarios en cuanto al mantenimiento de la ILT y el gasto de la prescripción farmacológica que genera, que repercuten en sus decisiones y actuaciones como profesional sanitario ante el paciente, unido todo ello al poco tiempo que dispone para realizar una anamnesis adecuada y valorar su seguimiento. En fin es necesario conocer varios aspectos con los que se encuentran a diario los MAP, para poder aproximarnos a la dificultad de establecer un diagnóstico y una prescripción acertada (Araña, 2008a)

Esta tarea asistencial ya de por sí compleja cuando se trata de psicopatología aumenta su dificultad, pues el MAP debe establecer una decisión que implica la adaptación de una figura administrativa como es la ILT. La ILT es considerada por el MAP más como un asunto burocrático-administrativo, que como una decisión clínica, como un hecho clínico donde junto a los síntomas presentes, es necesario evaluar y valorar el deterioro funcional interrelacionado, ajustado a las tareas y responsabilidades ejercidas en el puesto de trabajo, que define la productividad del trabajador, siendo por tanto poco conscientes de la responsabilidad social y económica que estas decisiones conllevan, pues el argumento de minimizar por motivos estrictamente económicos como consecuencia de la crisis social-laboral-económica que sufrimos en la actualidad, los diagnósticos, los falsos positivos, el infradiagnóstico de los trastornos mentales o la prevalencia de los mismos, es un error extraordinario, pues dificulta la resolución de este proceso de deterioro crónico de la víctima dificultando su reincorporación laboral, fin último de la ILT (Araña et al 2008a).

Para poder comprobar que la magnitud del problema es extraordinaria este estudio realizó una estrategia de búsqueda de artículos que analizaran los problemas psicopatológicos generados en el ámbito laboral a partir de una revisión de estudios epidemiológicos en población que trabaja, al ser el contexto más objetivo donde

obtener los datos y el tipo de población analizada, con la finalidad de poder correlacionar las conductas hostiles sistemáticas en el trabajo con la SM y con la ILT y valorar el impacto sanitario-económico-laboral que este fenómeno generaba. No obstante como método comparativo se buscarán estudios de prevalencia y utilización de servicios en población general. Los argumentos escogidos de diversas investigaciones internacionales y nacionales se obtuvieron de dividir la búsqueda en tres partes:

- Para la información sanitaria laboral sobre la relación entre APT, SM e ILT, se realizó una revisión exhaustiva de la información disponible en el Ministerio de Trabajo, y en la base de datos de Pubmed con las palabras clave: *mobbing, acoso psicológico en el trabajo, bullying workplace, psychologycal harrassment at work, absentismo, presentismo, incapacidad laboral temporal y/o permanente,*

- Para la información epidemiológica y de tratamientos farmacológicos se realizó en la base de datos de Pubmed con las palabras clave: *mobbing, bullying workplace, psychologycal harrassment at work, depression, anxiety, comorbidity, prevalence, epidemiology, cost mental disorder, treatement / pharmacotherapy/ drug, compliance y Spain.* De éstos se seleccionaron los artículos que hacían referencia a personas adultas diagnosticadas de TEPT/TDM/TAG en inglés y español.

- Para la información de costes y coste-efectividad se utilizaron las bases de datos de OHE-HEED (Office of Health Economics-Health Economic Evaluation Database) y NHSEED (National Health System Economic Evaluation Database) con las palabras clave: *depression, postraumatic strees disorder, anxiety, insomnia, somatic disorder y cost.* Estas dos últimas bases de datos están especializadas en estudios de evaluación económica a nivel internacional y los artículos son previamente seleccionados por un grupo de expertos en el tema que elaboran una ficha estandarizada con un amplio resumen de los trabajos.

Del resultado de las búsquedas se obtuvo como herramienta básica de trabajo del presente estudio, entre otros informes y artículos, el informe coordinado por el psicólogo clínico, jurídico y forense, (Araña et al, 2008a), que incluía diferentes investigaciones tanto a nivel nacional como internacional, que analizaban los motivos de consulta sanitaria de la población española e internacional, teniendo en cuenta los procesos de ILT y su duración, junto con otras variables demográficas como sexo, ocupación o lugar de residencia, así como otros estudios que reflejaban diferentes aspectos como la repercusión económica, la relevancia epidemiológica o las características de los procesos implicados en la detección y prescripción terapéutica y psicofarmacológica de dichos pacientes en los centros de salud. En general de estas consultas se obtuvieron los siguientes resultados:

Prevalencia del fenómeno mobbing

La prevalencia (P) cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad o un determinado fenómeno en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Nº de casos del fenómeno en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

Como todas las proporciones, la prevalencia no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 ó mayores de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, en tanto por ciento, tanto por mil. La prevalencia en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos.

La investigación empírica sobre prevalencia del mobbing en Europa y los EE.UU demuestra que el mobbing no es un fenómeno marginal, los datos sobre la prevalencia del fenómeno varían dependiendo de los países e incluso dentro del mismo país, se suelen hallar variaciones importantes sobre las cifras de víctimas de mobbing (anexo 23). Las primeras investigaciones desarrolladas estimaban, ya en los años ochenta, una prevalencia de un 3.5% según los estudios pioneros realizados por Leymann (1986). Estudios posteriores de de otros países europeos han estimado la prevalencia del *mobbing* entre el 4% (Kauppinen et al, 1997) y el 15% de la población activa total (Pompili et al, 2008) y en el estudio de Einarsen y Skogstad (1996) de entre 3-8%. Un estudio finlandés (Björkqvist et al, 1994) entre trabajadores de universidad halló una prevalencia cercana al 16%. Por su parte, (Hoel et al 2001) hallaron que alrededor del 10% de la población trabajadora de Reino Unido habían padecido acoso laboral. Sin embargo, otras investigaciones en Alemania (Niedl 1995) han establecido prevalencias más elevadas de hasta un 26.6%. En últimas investigaciones desarrolladas en Europa, en torno al 5% de los trabajadores declaran haber padecido mobbing durante los últimos 12 meses (Rodríguez et al, 2011).

Sin embargo, los datos más fiables hasta la fecha son los ofrecidos por (Zapf et al, 2011) quienes estimaron recientemente que la prevalencia del acoso con un criterio restrictivo (por lo menos una vez a la semana y durante al menos seis meses) varía entre un 2 y un 4%. Los casos menos severos de acoso ocurren con una mayor frecuencia, alrededor del 10% de la población europea parece verse afectado por conductas de acoso de forma ocasional, y refuerzan los alcanzados por estos mismos autores en 2003 (Zapf et al, 2003 y Di Martino et al, 2003), que informaban de prevalencias entre 1% (su modalidad más severa afectaría entre el 1% y el 4% de los trabajadores) y el 10% en su tipología más tenue. Finalmente podemos destacar que casi el 40% de los trabajadores participantes de un estudio del British National Health Services Comunita Trust, al rellenar un cuestionario informaban de experiencias de APT (Quine, 1999).

En España, la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Almodóvar et al, 2004) realizada mediante entrevistas estructuradas, cifra la prevalencia en un 2.8% –criterio estricto- de trabajadores que se les acosa de forma semanal o diaria, y del 4.5% –criterio menos estricto- se les acosa de forma mensual, semanal o diaria. La VI Encuesta de Condiciones Trabajo del 2008 señala tasas de afectados sensiblemente inferiores, el 1.4%. Otra fuente de datos importantes sobre prevalencia del APT aparece recogidas en el primer número monográfico sobre acoso psicológico en España de Moreno y Rodríguez (2006). Las investigaciones incluidas en el mismo informaron prevalencias de afectación en un rango de 9.2% al 18.9%.

Si prestamos atención a algunos de los estudios realizados en nuestro país, los más amplios se corresponden con los realizados por Piñuel y Oñate (2002) y por Piñuel (2004) en los diferentes Barómetros Cisneros. El primero de los mencionados se realizó sobre un total de 2.410 trabajadores representativos de una muestra general aunque con un gran contingente de empleados del sector servicios. Permitieron estimar que se había visto expuesto a *mobbing* el 16% de los trabajadores en activo (aproximadamente 1.500.000). El estudio de Piñuel (2004) en su versión V, focalizada en los funcionarios públicos, apuntó una prevalencia de hasta el 25% de los funcionarios públicos encuestados presentan lo que el autor denomina una "situación técnica" de *mobbing*. Los sectores profesionales más afectados eran la administración pública, la educación y la sanidad. Se realizó por internet sobre una muestra de 6.800 trabajadores procedentes de la administración pública, concretamente de la Agencia Tributaria y de la Intervención General de la Administración del Estado. Otro estudio español que sigue esta lógica empleando el mismo criterio es el de Moreno et al (2005), aunque fue realizado con una muestra

pequeña de trabajadores (103). En este estudio la tasa de víctimas de *mobbing* se situó en un 26%. Cabe destacar que han ido apareciendo en prensa, diferentes estudios de prevalencia de ámbito local, como ejemplo que en la comunidad gallega los casos se cifran en 70.000 (aproximadamente el 10%) tal como manifiesta el profesor Gómez Fernández, catedrático de Psicodiagnóstico de la Universidad de Santiago (La noticia, 15/04/2002).

No obstante estas tasas de prevalencia difieren de las encontradas en otros países europeos. Comparados con las investigaciones previas, las tasas españolas fueron considerablemente más altas que las halladas en Finlandia (Vartia, 1996), Noruega (Einarsen y Raknes, 1997), Suecia (Leymann 1990) y el Reino Unido (Hoel et al, 2001). En general estas cifras no contrastaban tampoco con las publicadas por la OIT en diciembre de 2000 a raíz de la encuesta realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, que cifra los casos españoles en 750.000 (El País, 04/06/2001), la mitad de la cifra reflejada en el Barómetro Cisneros. Esa misma encuesta cifra en 13.000.000 los trabajadores afectados por el *mobbing* en Europa. A pesar de las posibles diferencias, lo que sí parece claro es que el acoso psicológico no se trata de un fenómeno marginal sino con una presencia nada desdeñable y, lo que es más importante, parece que las cifras conocidas son sólo la parte visible de un fenómeno de mayor envergadura (Rodríguez et al, 2011).

Para homogeneizar las cifras de prevalencia del APT obtenidas en los diversos estudios internacionales, la OIT ha ido publicando diversas encuestas europeas sobre las condiciones de trabajo en la Unión Europea. En la III Encuesta (*Third European Survey on Working Conditions*) elaborado por Paoli y Merlié (2001), que compila datos sobre acoso moral en el trabajo en 8 países y se cifra una prevalencia media del 9% lo que representa casi 12 millones de personas (aproximadamente 1 trabajador de cada 10, experimenta APT). Di Martino et al (2003) muestran las oscilaciones que aparecen alrededor de este 9% dependiendo del país de que se trate, de forma que las tasas mayores de prevalencia se encuentran en países como Finlandia (15%), Holanda y Reino Unido (con un 14%) y Suecia (12%), frente a países del Sur de Europa como Portugal o Italia (con un 4%) y España o Grecia (con un 5%). Los primeros países más Bélgica y Francia presentan índices por encima de la media, mientras que los otros países más Austria, Luxemburgo, Alemania y Dinamarca, los presentan por debajo. En la IV Encuesta (EuroFound, 2007) se observa que la exposición al *mobbing* es mayor en el norte de Europa: los porcentajes superan la media en Francia y el Reino Unido (9%) e Irlanda (8%). Los niveles de *mobbing* declarados oscilan entre el 17% en Finlandia y el 12% en los Países Bajos, por un lado, y el 2% en Italia y Bulgaria, por otro lado (Rodríguez et al, 2011).

Se recoge en Báguena et al (2006) una investigación transcultural llevada a cabo en el 2003 por Naciones Unidas (*Comisión for Human Rights*) en la que participaron siete países (Brasil, Bulgaria, Líbano, Portugal, Sudáfrica, Tailandia y Australia) donde se registraron resultados sobre prevalencia en la exposición a *mobbing*: 30.9% en Bulgaria, 20.6% en Sudáfrica, 10.7% en Tailandia, 22.1% en el Líbano, 10.5% en Australia y 15.2% en Brasil. En EE.UU (Namie, 2000) cifra en aproximadamente 1 de cada 6 trabajadores (16.8%) es víctima de *mobbing*, en cambio (Stein et al, 2002) lo eleva hasta un porcentaje del 54.7%. En conclusión, en el anexo 23 aparecerán diferentes estudios mundiales sobre prevalencia del *mobbing* así como un resumen de las distintas tasas de prevalencia y criterios utilizados en diversos estudios realizados en nuestro país. (Rodríguez et al, 2011)

La epidemiología del *mobbing* presenta como vemos resultados contradictorios dependiendo de las escalas utilizadas para su medición y de los sectores laborales evaluados que analizaremos posteriormente.

Datos epidemiológicos de Prevalencia e Incidencia de los trastornos mentales:

Según análisis recientes llevados a cabo por la OMS (WHO, 2008) las enfermedades mentales presentan una prevalencia puntual acumulada del 10% de la población adulta. En el ámbito de la AP, el Informe Mundial sobre Salud mental: (WHO, 2001) sobre una población de 20.000 personas de 15 países europeos, estimó que un 24% de los pacientes presentaban TM, principalmente episodios depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de alcohol. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades, a nivel mundial, puede ser atribuido a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debido a enfermedades de naturaleza crónica (WHO, 2003). El trastorno de ansiedad junto con el depresivo son los trastornos psiquiátricos más frecuentes (Prince et al, 2007). Como podemos comprobar los problemas de SM se han convertido en una de las principales causas de morbilidad en el mundo (anexo 24).

Actualmente la SM figura con una prioridad sanitaria en la agenda política de Europa, así el conjunto de los TM son la causa más frecuente de enfermedad de Europa. El proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD, 2004) observó una prevalencia-vida de TM del 19% y una prevalencia-año del 8,4%, y reveló que el EDM es el TM más frecuente, con una prevalencia-vida del 10.5% y una prevalencia-año del 3.9%. Se muestra en el anexo 24 una comparativa de las tasas de prevalencia en diferentes trastornos de SM a nivel internacional y nacional. Los trastornos de ansiedad en Europa (Wittchen et al, 2002 y Cazorla et al, 2004a) ocupan el primer lugar de la lista de TM comunes (con un 14%), seguidos del insomnio (7%), la depresión mayor (6.9%), los trastornos psicossomáticos (6.3%), los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas (4%). Todos ellos guardan alguna relación con estrés y la gran mayoría de los pacientes con estos TM son atendidos por un MAP (64.2% en el estudio ESEMeD-Europa), por lo que el tipo de tratamiento recibido mayoritariamente es el tratamiento farmacológico (Kovess-Masfety et al, 2009).

El estudio epidemiológico de Haro et al (2006) realizado sobre una muestra representativa de la población española observó una prevalencia-vida de TM del 19% y una prevalencia-año del 8.4%, en población general. La prevalencia de trastornos mentales, en distintas comunidades autónomas españolas, oscilaba en el año 1999 entre un 8-21% en hombres y un 21-34% en mujeres (Benavides et al, 1999). En España, entre los individuos que sufren algún trastorno mental, el tipo de tratamiento recibido en los últimos doce meses con mayor frecuencia es la farmacoterapia con un 35.3% como terapia única y un 29.4 como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica (Cano et al, 2011). Según un estudio realizado en cuatro empresas españolas (Gimeno et al, 2001) la prevalencia global de trastornos afectivos fue el 15.8% (8.4%-24%). Por ocupación, las prevalencias más altas las presentaron los administrativos (18%-26.7%), los operarios de maquinaria (21%) y los trabajadores no cualificados (21.9%).

En Cataluña, según la última encuesta de salud 2010 (Martinez et al, 2011) el 5.7% de los hombres ocupados y el 13% de las mujeres estaban en riesgo de sufrir algún TM. La prevalencia vida de padecer un TM es del 20.3% en hombres y del 26.9% en las mujeres. Entre los usuarios de AP, la prevalencia de los TM es del 31.7%. También se estima que el 3% de las personas experimentarán algún episodio psicótico a lo largo de su vida. La psicosis más característica, la esquizofrenia, presenta una incidencia anual del 1 por 10.000 habitantes y una prevalencia próxima al 1% de la población. El suicidio es la cuarta causa de muerte prematura. La atención a la SM como veremos ocupa el segundo lugar en gasto sanitario (10.6%) del presupuesto del Servicio Catalán de la Salud (Pla de Salut de Catalunya 2008-2012).

Estrés laboral/TAG/TEPT/

En una encuesta de la OCU (2005) el 84% de los españoles se ha sentido verdaderamente estresado en algún momento de su vida, mientras que el 28% de los hombres y el 39% de las mujeres se han sentido estresados muchas veces. Las causas del estrés más frecuentes en los últimos doce meses fueron: en un 66%, los problemas laborales; seguidos de los problemas familiares, con un 50%; los problemas de salud, con un 31%; importantes acontecimientos vitales, con un 29%; problemas financieros, con un 27%; presión por el rendimiento escolar, 19%; y el tráfico, con un 12%. El estrés de origen laboral es el segundo problema de salud más frecuente relacionado con el trabajo en la Unión Europea según la Agencia Europea de Seguridad y salud en el trabajo (AESS, 2002), después de los dolores de espalda, y afecta a casi uno de cada tres trabajadores (Cazorla et al, 2004a). El estrés laboral elevado provoca una serie de síntomas iniciales, como dolores de espalda, 30%; estrés mental, 28%; fatiga general, 20%; dolores musculares, 17%; dolores de cabeza, 13%; irritabilidad, 11%; problemas de visión, 9%; insomnio, 7%; ansiedad, 7%; así como otros síntomas menos frecuentes (Paoli, 1997). Pero a la larga, si perdura, multiplica por dos la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo en personas que no padecían previamente estos desórdenes y aumenta la probabilidad de consumir fármacos psicoactivos (Cano et al, 2011).

La Guía ANS (2008) indica que la prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente. Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10.6% y un 16.6% respectivamente. Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de AP, la prevalencia aumenta, oscilando entre 20% y 40%.

Dentro de estos trastornos de estrés, el TAG es uno de los más comunes, siendo además el más frecuente en AP (Wittchen, 2002). La prevalencia-año poblacional del TAG de en Estados Unidos ha crecido alcanzando el 3.1%, siendo la prevalencia-vida del 5.1 al 5.7% (Kessler et al, 2005). Según datos del estudio ESEMeD en 2004 la prevalencia- año en Europa era del 6% y la prevalencia-vida del 13.6%. El TAG se asocia muy frecuentemente a otros trastornos mentales y produce un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente. Así si se tiene en cuenta la comorbilidad la prevalencia-año del TAG es del 1% y la prevalencia-vida del 2,8% (Kessler y Wittchen, 2002). En AP la prevalencia del TAG oscila alrededor del 8% en diferentes países industrializados según la OMS (Wittchen, 2002), cifras estas mucho más altas que las poblacionales que indican que los pacientes afectados de TAG utilizan frecuentemente estos servicios sanitarios.

En España se han realizado pocos estudios de prevalencia del TAG, de ahí la importancia del estudio ESEMeD, de Haro et al (2006), que estimó unas cifras de prevalencia-año poblacional del 0.5% y de prevalencia-vida del 1.9%. Los trastornos de ansiedad y el TAG en particular, son muy frecuentes en el servicio de AP, estimándose su prevalencia anual entre el 3 y el 8% (Wittchen et al, 2002; Ansseau et al, 2005; Serrano et al, 2010). Sin embargo, no se conocía la prevalencia clínica en consultas de SM a nivel nacional (Caballero et al, 2008). El estudio LIGANDO (Caballero et al, 2008 y 2009) se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia nacional y por sexo del TAG en consultas ambulatorias de SM, así como el motivo de consulta de estos.

El TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento de violencia altamente traumático, en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas. Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración (o reexperimentación), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo) (Echebúrua, 2004). La prevalencia vida del TEP en la población general en España es del 1.95% (IC 95% 1.18-2,73), siendo del 2.79% (IC 95% 1.71-3,87) en la mujer, frente al 1.06% (IC 95% 0.0-2.2) en el caso del varón (Haro et al, 2006). En EEUU las cifras son mucho más altas, con valores que superan tres veces las cifras españolas (anexo 24).

TDM/Depresión

La depresión según la OMS afecta en el mundo a unos 340 millones de personas, el número total de personas que padecen depresión en Europa alcanzó los 21 millones en el año 2004, de las cuales 6 millones son españolas (Valladares A, et al 2008), 2 millones diagnosticados, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Se estima que en Europa (WHO, 2003) una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida, aumentando este número si concurren enfermedades médicas o situaciones de estrés.

La depresión es la causa más común de las enfermedades mentales, representa el 6% de la carga total de enfermedad y, ocupa el tercer lugar sólo por detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares. La depresión es la principal causa de incapacidad (medida en años vividos con incapacidad [*Years Lived with Disability*, YLD]), y es el cuarto factor más importante que contribuye a la carga global de enfermedad (medida en años de vida ajustados a la incapacidad [*Disability Adjusted Life Years*, DALY]²), igual a la suma de los años de vida potencial perdidos debido a mortalidad prematura y los años de vida productiva perdidos por incapacidad (WHO, 2002) y es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. Los síntomas de la depresión provocan un malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (DSM-IV-TR). La importancia del estudio de la depresión y de los fármacos utilizados en su tratamiento, los antidepresivos, se comprende también al conocer la gran prevalencia de este trastorno entre la población. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor no parecen estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (APA, 2003).

Las tasas de prevalencia en SM es variable según el país estudiado y así, el *National Comorbidity Survey Replication* americano, tal como lo recoge la GuíaTDM (2008) en un estudio del año 2003 observó que un 16.2% de las personas presentaron un TDM en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y que un 6, 6% lo presentaron en los últimos 12 meses (prevalencia-año), mientras que el Libro Verde (*Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*) elaborado en el año 2005 por la Comisión de las Comunidades Europeas estima que la prevalencia anual del TDM en la población europea entre 18 y 65 años es del 6.1%. En Europa el proyecto ESEMeD observó que la depresión mayor era el trastorno psiquiátrico más común: el 10.55% de los participantes en el estudio afirmaba haber sufrido al menos un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 3.96% en el último año (prevalencia-año) y, determinó que el 13% de los europeos

² DALY o AVAD (Años de vida ajustados en función de la discapacidad): medida de la carga global de enfermedad que refleja el número de años que habría podido vivir una persona, perdidos por su defunción prematura, y los años de vida productiva perdidos por discapacidad.

desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y un 4% lo hizo en los 12 meses previos a la realización del estudio (Alonso et al, 2004).

En España la depresión constituye el grupo de TM más comunes, con una tasa de prevalencia-año entre el 2.2% y el 5.7% (Ayuso et al, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; Haro et al, 2006; Gabilondo et al, 2009). En todo caso es significativamente inferior a la media europea (14%) (Alonso et al, 2004). Su prevalencia en mujeres (14.47%) es más del doble que en varones (6.29%) y los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación: las personas de baja por enfermedad o maternal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad son grupos poblacionales con mayor riesgo y que precisan mayor atención sanitaria. Además, haber estado casado y vivir en grandes ciudades son factores asociados al riesgo de depresión en España (Haro et al, 2006).

Baca et al (2007) reveló que el EDM es el TM mental más frecuente en España, con una prevalencia-año estimada del 3.9% y una prevalencia-vida del 10.5% (Haro et al, 2006 y ESEMeD, 2004). El riesgo para este trastorno a lo largo de la vida en las muestras de población general variaba entre el 10-25 % para las mujeres, y entre 5-12 % para los varones. La prevalencia puntual (porcentaje de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población) del trastorno en adultos en muestras de la población general varían entre el 5-9 % para las mujeres y entre 2-3 % para los varones (Valladares et al, 2009).

En cuanto a la proporción de casos según el sexo, la Encuesta Nacional de Salud de 2003 señalaba una tasa de depresión en mujeres del 6,5% frente al 2,4% en hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Según el estudio ESEMeD, la prevalencia de depresión mayor fue del 2.16% para los hombres frente al 5.62% para las mujeres (Haro et al, 2006; Gabilondo et al, 2009). El estudio indicaba que la diferencia de proporción de casos española (2%) según el sexo era la segunda más grande en Europa después de Francia (2.1%), a mucha distancia de países como Inglaterra (1.4%) (Lépine et al, 1997; Anseau et al, 2004). En España la situación laboral femenina muestra diferencias notables en comparación con otros países de Europa occidental (Montero et al, 2004), y esto puede influir en los costes indirectos si se contabiliza el trabajo no remunerado o esporádica.

Por consiguiente la depresión mayor es una de las causas de consulta más frecuentes en AP y constituye obviamente uno de los diagnósticos psiquiátricos más habituales en la población general (Thomas et al, 2005). En su etiología intervienen diversos factores genéticos, biológicos y psicosociales, con un desequilibrio neuroquímico en la transmisión noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica (Takahashi et al, 2005). La depresión mayor es una enfermedad incapacitante que altera la calidad de vida percibida y ocasiona un incremento de la utilización de los recursos sanitarios (López et al, 2011). Este artículo supuso revisar los estudios realizados sobre depresión mayor en España en el ámbito de la AP de salud en los últimos diez años, centrándose en aspectos como la epidemiología, el diagnóstico, el tratamiento y los costes que supone esta enfermedad. Los trabajos seleccionados en este artículo muestran distintas frecuencias de depresión en AP en función de los métodos empleados para medirla, situando la prevalencia de depresión mayor en población adulta atendida en AP entre el 14% (Caballero et al, 2008) y el 20.2% (Gabarrón et al, 2002), con dos trabajos del mismo autor que la establece entre 14.3 y 16.8 % (Aragonés et al, 2004). (Anexo 24)

En Cataluña según la última encuesta de salud del año 2010 (Martinez et al, 2011) en 2006 los trastornos crónicos más prevalentes declarados son los relacionados con el aparato locomotor (artritis, artrosis, dolor crónico cervical, dorsal, lumbar) con un 44.9% (35.9% en hombres y 53.6% en mujeres), seguidas de la hipertensión arterial con un 19.7% (18.3% en hombres y 21% en mujeres) y

depresión y/o ansiedad con un 17.5% (11% en hombres y 28.3% en mujeres) (anexo 24). En relación a la prevalencia de los trastornos crónicos en esta población durante los años 1994 y 2006, se observa un aumento significativamente de la prevalencia de ambos sexos de la hipertensión arterial, las enfermedades del aparato locomotor y la depresión y/o ansiedad (Martinez et al, 2011).

Incapacidad Laboral Transitoria/ Incapacidad permanente

Para entender el impacto social-sanitario y económico que genera la ILT es necesario analizar la incidencia e interacción de la SM derivada del mobbing con la psicopatología en el ámbito laboral, pues la actuación del MAP se ve condicionada por variables tan importantes como la gestión de la ILT que conlleva esta patología laboral, las repercusiones económicas, personales y administrativas que ello le comporta, las presiones por parte de los gestores sanitarios en cuanto al mantenimiento de la ILT y el gasto de la prescripción farmacológica que genera, que repercuten en sus decisiones y actuaciones como profesional sanitario ante el paciente, unido todo ello al poco tiempo que dispone para realizar una anamnesis adecuada y valorar su seguimiento. En fin es necesario conocer varios aspectos con los que se encuentran a diario los MAP, para poder aproximarnos a la dificultad de establecer un diagnóstico y una prescripción acertada.

Desde el punto de vista de la atención sanitaria, las relaciones entre trabajo y salud, vienen condicionadas por dos situaciones, la actividad laboral como factor de riesgo para la salud y el nivel de salud como condicionante de la capacidad laboral. Se presupone, que una persona se acerca al trabajo en buenas condiciones físicas y psíquicas, sucediendo que enferma en ese contexto (Ribé et al, 2011). Sin embargo, el trabajo por un lado puede dar lugar a la aparición de patología laboral específica, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y por el otro puede condicionar en parte, la aparición y evolución de diferentes enfermedades crónicas multifactoriales. Así diferentes trastornos y cuadros patológicos, pueden producir situaciones de menoscabo funcional y dar lugar a situaciones de Incapacidad Laboral. No obstante, no todo trastorno o enfermedad conlleva incapacidad laboral, y que esa potencial situación de incapacidad vendrá condicionada en muchos casos por las características específicas del puesto de trabajo (Álvarez et al, 2009).

El término incapacidad, se refiere etimológicamente a la falta de capacidad, es decir a la dificultad o imposibilidad de hacer algo. Cuando dicho término se aplica al mundo laboral, se traduce en la dificultad o imposibilidad de trabajar o de desempeñar un puesto de trabajo. Si además condicionamos dicha capacidad a las limitaciones que puedan presentarse a causa de una enfermedad o accidente, surge la necesidad de realizar una valoración médica del trabajador. Es necesario aclarar que el término Incapacidad se utiliza aquí como la situación sobrevenida de forma involuntaria e imprevista (Álvarez et al, 2009). Téngase en cuenta que el término opuesto, la capacidad, viene determinado por una serie de aspectos culturales, físicos, educacionales, económicos etc. que de por sí limitan la incorporación laboral de todos los individuos a todos los puestos (no todos tenemos las aptitudes necesarias para realizar todas las tareas) (Álvarez et al, 2009).

Incapacidad Laboral Transitoria

En la valoración de la incapacidad, cada individuo es un caso único y generalmente irrepetible que va a requerir un tratamiento interpretativo único. El propio interesado, dependiendo de su actitud y de su incentivación hacia el trabajo, podrá superar, mejor o peor, su enfermedad. La "*Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*" (Álvarez et al, 2009), pretende servir de ayuda para el manejo de los trabajadores enfermos que presentan limitaciones que disminuyen o anulan la capacidad de realizar su trabajo. Esta guía pretende dar

unas pautas para el control de dichos pacientes, en el sentido de que el MAP sepa cuales son los criterios más habituales en el manejo de las patologías más frecuentemente alegadas como causas de incapacidad.

Básicamente, establecer si un trabajador que presenta una determinada situación patológica, puede seguir desempeñando su trabajo, depende de tres factores, el propio trabajador, el puesto de trabajo, la enfermedad o lesión. Es evidente que la valoración de la actitud que muestre el propio trabajador, es más adecuado su estudio en trabajos de Psicología del Trabajo y en el desarrollo de políticas adecuadas de empleo. Consecuentemente y partiendo de una actitud proactiva del trabajador (y en algún caso del propio empresario y otros agentes sociales o políticos) a su reincorporación laboral, nos queda por determinar como establecer o medir la capacidad para desarrollar un determinado puesto de trabajo. De una forma simple, la valoración de la capacidad, dependería de las consecuencias anatómicas, fisiológicas, psicológicas o de otro tipo que provoque el proceso patológico y de la compatibilidad o no con los requerimientos anatómicos, fisiológicos, psicológicos o de otro tipo que necesite el puesto de trabajo en concreto. Por tanto la valoración de la capacidad dependerá de la valoración de ambos grupos de circunstancias, es decir, valorar el puesto de trabajo, requerimientos, valorar la capacidad física y/o psíquica del trabajador (Álvarez et al, 2009).

La expedición del parte de baja laboral debe ir precedido de un reconocimiento médico del trabajador a los efectos de constatar y determinar de forma objetiva por parte de un profesional que efectivamente concurre la IT para el trabajo habitual. Esta valoración de la enfermedad e incapacidad es el nuevo reto al que se enfrentan los MAP y los especialistas de SM, que consiste en establecer un diagnóstico diferencial de APT, el de realizar una descripción funcional del trabajador, así como el de valorar una previsión de la duración del proceso patológico. Así a la hora de valorar la existencia de una situación de incapacidad laboral, lo determinante es poner en relación la situación funcional del trabajador, con las exigencias o requerimientos propios de su actividad laboral. En el plano puramente médico, se trata de valorar, no una enfermedad en abstracto, sino el modo y grado en que afecta a la capacidad funcional del trabajador. Varios son los mecanismos por los que un problema de salud, trastorno, enfermedad o lesión, puede condicionar la capacidad laboral (Álvarez et al, 2009):

a) Deficiencias específicas: hay enfermedades o lesiones que pueden originar deficiencias a nivel local o regional, o afectar selectivamente a una o varias de las capacidades funcionales de la persona. La existencia o no de incapacidad laboral depende directamente de las características y exigencias del puesto de trabajo.

b) Afectación del estado general con o sin necesidad de encamamiento: en este caso la potencial situación de incapacidad laboral, no depende del puesto de trabajo, sino que en principio, y salvo excepciones, podemos entender que repercute en toda actividad laboral. Es frecuente que enfermedades que debutan con un cuadro sistémico importante y por ello al principio condicionan toda actividad laboral, en fases sucesivas evolucionan hacia una mejoría parcial. En esas situaciones habrá que reevaluar la necesidad de Incapacidad Temporal, en función de las exigencias o condiciones específicas del puesto de trabajo.

c) Posible condicionamiento de los efectos del tratamiento o situaciones relacionadas con el diagnóstico y /o tratamiento: este condicionamiento no se produce con carácter genérico, pero si de forma ocasional, y habrá que valorar igualmente, las circunstancias específicas del puesto de trabajo.

La ILT viene definida en el artículo 128 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (TRLGSS) como la situación del trabajador que debido a enfermedad o accidente, se encuentra imposibilitado para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La ILT se produce así cuando el trabajador en alta o en situación asimilada al alta debido a una enfermedad común o profesional o a un accidente, sea éste de trabajo o no, sufre lesiones que le incapacitan para la realización de su trabajo habitual, recibiendo para su curación y recuperación laboral asistencia sanitaria. La ILT tiene un concepto de asistencia social pues su finalidad es restablecer la salud del trabajador, así como corregir la situación de necesidad nacida por su incapacidad de ganancia, por lo que se genera dos tipos de prestaciones, una de índole de sanitaria y otra de índole económica que sustituye parcialmente las rentas de trabajo que dejan de percibirse. La prestación de asistencia sanitaria persigue el restablecimiento de la salud y la recuperación profesional del trabajador, que éste recobre la capacidad necesaria para retornar al ejercicio de su actividad laboral, bajo los principios de eficacia y efectividad (Peña et al, 2011)

Incapacidad permanente

En relación a la IP, el artículo 136 del TRLGSS la define como: "*La situación del trabajador que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales, graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral*". Además de valorar la estabilidad del cuadro clínico y de la gravedad clínica y funcional, es en este caso de la IP cuando más, se han de considerar las condiciones y situaciones específicamente vinculadas al puesto de trabajo (Álvarez et al, 2009). La IP cualquiera que sea su causa, se calificará con arreglo a los siguientes grados que determinará la cuantía de la prestación (Peña et al, 2011):

- Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual: es la situación del trabajador, que como consecuencia de haber padecido una lesión o enfermedad, tiene una merma en su capacidad laboral superior al 33 %, pero no le impide la realización de las labores fundamentales de su trabajo habitual. La prestación es una cantidad a tanto alzado correspondiente a 24 mensualidades.

- Incapacidad permanente total para la profesión habitual: es la situación del trabajador que tras haber sufrido una enfermedad o lesión, esta incapacitado para las tareas fundamentales de su profesión habitual. La prestación equivale a una pensión de cuantía igual al 55 % de la base reguladora.

- Incapacidad permanente absoluta: es la situación del trabajador que tras haber sufrido una lesión o enfermedad, esta le impide la realización de todo tipo de trabajo o profesión. La prestación equivale a una pensión del 100% de la base reguladora.

- Gran invalidez: es la situación del trabajador que, tras haber sufrido una enfermedad o lesión, esta no solo le impide la realización del trabajo, sino que además le impide la realización de la mayor parte de las actividades de la vida diaria necesitando de la ayuda de una tercera persona. La prestación equivale a la pensión según lo establecido en los apartados anteriores, más un complemento destinado a que el invalido pueda remunerar a la persona que le atiende.

La diferencia de la IP viene determinada por los grados de limitación de las patologías psiquiátricas en relación a la IP (Peña et al, 2011) y la escala de evaluación de la actividad global (Anexo 29) (Álvarez et al, 2009). Mediante la escala se diferencian 4 grados

El Grado 0 no condiciona ningún tipo de incapacidad laboral ya que no cumple con los criterios diagnósticos establecidos en las clasificaciones aplicadas CIE-10 (WHO, 1992) ni DSM-IV (APA, 2003) y se relaciona con un cuadro del paciente de sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional. No existe necesidad de IT ni causa de IP, ni precisa tratamiento medico continuado ni seguimiento especializado. No existe alteración de la actividad familiar y social. Capacidad laboral no afectada y rendimiento normal.

El Grado 1 corresponde con una afectación leve del paciente. La capacidad laboral del paciente está afectada en crisis o situaciones de estrés importante. La clínica alterna episodios de crisis con intervalos libres de enfermedad y presenta sintomatología psicopatológica, que supone una leve disminución de su capacidad funcional pero compatible con el funcionamiento útil. Además los pacientes deben de cumplir los criterios de diagnostico para cualquier tipo de trastorno, precisan tratamiento medico esporádico con seguimiento especializado durante las crisis, presentan alteración de la actividad familiar y social durante las reagudizaciones. La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma esta conservada o levemente disminuida, excepto en periodos recortados de crisis o descompensación. Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los periodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación.

El Grado 2 corresponde con una afectación moderada. La capacidad laboral del paciente presenta una restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana, incluyendo los contactos sociales. Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en periodos de crisis o descompensación. Fuera de los periodos de crisis el individuo es capaz de desarrollar una actividad normalizada y productiva salvo en aquellas profesiones de especial responsabilidad, riesgo o carga psíquica. Puede estar limitado para la realización de algunas actividades laborales de elevados requerimientos. La clínica del paciente es compatible con diagnósticos que suponen una moderada disminución de su capacidad funcional aunque mantiene los requerimientos necesarios para el funcionamiento útil en la mayoría de las profesiones. Además los pacientes presentan sintomatología psicopatológica de forma mantenida pero sin criterios de gravedad del grado 3, precisan tratamiento medico de mantenimiento habitual con seguimiento medico especializado, existe alteración leve-moderada de la actividad familiar y social,

El Grado 3 indica una afectación severa con una marcada disminución de su capacidad funcional. Impide claramente el funcionamiento útil para el desempeño de una actividad laboral productiva, que implica la necesidad de un puesto adaptado o supervisión constante. En general presenta una grave restricción de las actividades de la vida diaria, lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos. Grave disminución de su capacidad laboral, con importantes deficiencias en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas, con repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales (fracaso en la adaptación a las circunstancias estresantes). No puede desempeñar una actividad normalizada con regularidad. Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales protegidos, aunque incluso con supervisión, el rendimiento suele ser pobre e irregular.

La clínica descrita corresponde con episodios maniacos y depresión (con tentativas de suicidio) recurrentes, depresión mayor severa de evolución crónica, trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento (cicladores rápidos), presencia de síntomas psicóticos que remitan parcialmente, cuadros que presentan crisis que requieran ingreso para hospitalización, grave alteración en la capacidad

de relación interpersonal y comunicación, Sintomatología alucinatoria y delirante crónica, asociaciones laxas de ideas, tendencia a la abstracción, pragmatismo, necesidad de internamiento, graves trastornos en el control de impulsos, alteraciones psicopatológicas permanentes y de grado severo, precisa de un tratamiento médico de mantenimiento de forma continuada con seguimiento especializado protocolizado y escasa respuesta objetiva a los mismos, existe alteración moderada-severa de la actividad familiar y social.

En el Grado 4 la afectación es muy severa, con discapacidad para todo trabajo, totalmente incompatible con el funcionamiento útil Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de si mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello necesitan de personas para su cuidado. No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aun en centros ocupacionales supervisados. La clínica cumple con diagnósticos establecidos de especial severidad, que supone una severa disminución de su capacidad funcional:

- Depresión endógena (mayor) cronicada (> 2 años sin remisión apreciable).
- Trastorno bipolar resistente al tratamiento.
- Sintomatología psicótica crónica, pérdida del contacto con la realidad con trastornos disperceptivos permanentes.
- Síntomas constantes.
- Hospitalizaciones reiteradas y prolongadas por el trastorno.
- Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.
- Cuadros con grave repercusión sobre la conducta y mala respuesta al tratamiento.
- Conductas disruptivas reiteradas.
- Trastornos severos en el curso y/o contenido del pensamiento la mayor parte del tiempo.
- Perturbaciones profundas de la personalidad que, de modo persistente, produzcan sintomatología variada y severa, afectando a las áreas instintiva y relacional.
- Precisa tratamiento médico habitual con seguimiento especializado protocolizado y escasa o nula respuesta objetiva a los mismos.
- Existe alteración severa de la actividad familiar y social.
- Capacidad laboral muy afectada, rendimiento nulo aun en puesto supervisado.

En referencia a la categorización sobre la ILT y, los aspectos clínicos asociados para la valoración de la capacidad laboral de la clínica evolutiva descrita por De Rivera (2011) como propia de las víctimas de APT, la Guía (Álvarez et al, 2009) informa de en cada uno de los diagnósticos de las orientaciones que el MAP debería tener en cuenta. Así en el trastorno adaptativo con ánimo depresivo considera que es una reacción desproporcionada al estrés en los que existen *menos de 5 criterios*, como en la distimia, pero duran habitualmente *menos de 6 meses* una vez que desaparece la causa estresante. En general la ILT debe ser considerada exclusivamente durante el período en que el proceso de adaptación suponga limitaciones, siendo la *incorporación laboral un factor terapéutico*. No se consideran en general causa de IP. En los trastornos bipolares con repetición de episodios son frecuentes los déficits cognitivos residuales y las alteraciones en el funcionamiento social, por lo que, salvo una evolución positiva o al menos estable, debe valorarse una posible IP (Álvarez et al, 2009).

En relación al TDM, en su caracterización completa se ha de considerar tanto la gravedad de los síntomas como su cronología. Respecto a la gravedad, se considera un episodio leve cuando, no hay mas de cinco o seis síntomas de los referidos como característicos del episodio depresivo y que permiten el desarrollo de las actividades cotidianas a base de un esfuerzo extra (DSM) (por lo que ateniéndose a

este concepto en la mayoría de los casos no sería precisa la prescripción de IT, o, a lo sumo, durante las 4-8 semanas que se precisan para que el paciente se adapte a la medicación). Se considera, por el contrario que un episodio es grave cuando existen todos los síntomas y además una incapacidad evidente y observable (DSM) para el funcionamiento normal. Los episodios moderados son definidos en el DSM como los que tienen síntomas intermedios entre los anteriores. Este vacío en la definición hace que sea imprescindible la valoración y objetivación del grado funcional cuando encontramos el diagnóstico de trastorno depresivo mayor moderado. La presencia de síntomas psicóticos indican per se gravedad. En cuanto a la evolución cronológica se pueden encontrar un trastorno depresivo mayor remitente cuando los síntomas fluctúan en intensidad sin llegar a normalizarse completamente, se denomina recurrente cuando los síntomas fluctúan en intensidad existiendo periodos asintomáticos entre unas y otras agravaciones. Tanto en unos como en otros deberá conocerse la frecuencia y duración de los periodos de agravación para poder determinar si es pertinente la valoración de cara a una posible IP (Álvarez et al, 2009).

Respecto a los síntomas ansiosos de tipo psíquico o físico de los síndromes neuróticos, crisis de angustia, crisis de agorafobia, trastorno de angustia, fobias, trastorno por estrés agudo, TEPT, TAG, la Guía indica que "esta sintomatología es perfectamente valorable y cuantificable, sin necesidad de medios especiales, y nos indicará la severidad. Si junto a ello consideramos la evolución del proceso, obtendremos las limitaciones funcionales y la necesidad o no de IT". Sin embargo, esta apreciación formulada no es tan sencilla de valoración por parte de los profesionales sanitarios, pues se necesitaría tal como recogen las Guías NICE (2005 y 2011a) y las Guías del MSSSI (2008) descritas en la bibliografía, un estudio psiquiátrico/psicológico exhaustivo para confirmarla (Álvarez et al, 2009).

En relación a los trastornos psicóticos debe evitarse asociarla a IP ya que aproximadamente un 30% se recupera. Salvo que la evolución sea estable y sin deterioro relevante, cabe la posibilidad de plantearse la valoración de una IP, en la esquizofrenia que persista al menos durante seis meses y que durante un mes o más existen dos o más síntomas activos en forma de ideas delirantes (creencias absurdas inmutables al razonamiento lógico), alucinaciones (percepciones sin objeto), alteraciones en el lenguaje (descarrilamiento -ir de un tema a otro no relacionados-, incoherencia), comportamiento desorganizado o catatónico, síntomas negativos (abulia, apatía, anhedonia, asociabilidad, afectividad inadecuada, pobreza del lenguaje), suele existir ausencia completa de conciencia de enfermedad (Álvarez et al, 2009). Los otros trastornos psicóticos no cumplen los criterios de severidad o cronológicos para poder ser considerados esquizofrenia y en general presentan un mejor pronóstico que la esquizofrenia.

Los aspectos clínicos a valorar para determinar la IP serían la limitación para trabajos con alto nivel de exigencia física o mental, responsabilidad o peligrosos, el afecto aplanado (progresivo "apagamiento" de las emociones), el deterioro motivacional el paciente muestra desinterés por todo, se muestra apático y abúlico, empobrecimiento del discurso, síntomas de desorganización del pensamiento y de la conducta, déficit cognitivos: fundamentalmente en el ámbito de las funciones ejecutivas (capacidad de planificación, abstracción, flexibilidad del pensamiento, solución de problemas y toma de decisiones), memoria de trabajo o memoria a corto y largo plazo (Álvarez et al, 2009).

Determinan un mal pronóstico los antecedentes familiares, el inicio precoz sin precipitantes, la mala situación premórbida familiar, social o laboral, la presencia de *síntomas negativos*, el curso crónico o con recaídas, el sensorio embotado, la presencia de agresividad, obsesiones o compulsiones, la presencia de alteraciones estructurales neurológicas, los tipos catatónico, desorganizado o residual. La

evolución en los 5 años posteriores al diagnóstico indica, de forma aproximada, el curso que seguirá el paciente y orientará sobre el pronóstico funcional (Álvarez et al, 2009).

Relación entre Acoso Psicológico en el Trabajo, Salud Mental e Incapacidad Laboral Transitoria

➤ 1. Las consecuencias negativas de los riesgos psicosociales no afectan sólo a la salud física y mental de los trabajadores, sino al mismo funcionamiento de la organización y la empresa (Cox et al, 2000). Los riesgos psicosociales, entendidos como el conjunto de riesgos para la salud en el trabajo, son riesgos para las empresas y organizaciones que repercuten sobre sus niveles de funcionalidad, productividad, eficacia y eficiencia y no son ajenos a la línea de negocio de la organización sino que la afecta internamente, disminuyendo sus posibilidades. La salud en el trabajo es parte de la salud global de la empresa, incluida la económica, por tanto los efectos negativos del APT no perjudican sólo al individuo, sino que también producen un deterioro en la organización (Araña et al, 2008a).

En cuanto a sus efectos, los resultados obtenidos a nivel transversal y longitudinal indicaron que el mobbing está estrechamente relacionado con la aparición de problemas de salud (Zapf et al, 1996). Otra de las consecuencias son la disminución de la cantidad y calidad del trabajo desarrollado por la persona afectada, el entorpecimiento o la imposibilidad del trabajo en grupo, problemas en los circuitos de información y comunicación, etc. Es posible también, en fases más avanzadas, que el trabajador afectado abandone la empresa. Cuando se consigue, el abandono de la empresa puede representar una pérdida de experiencia y conocimientos para la organización (Hoel y Cooper, 2000). El acoso también se ha relacionado con la disminución de la satisfacción laboral, la motivación en el trabajo, y el compromiso organizacional. Rodríguez et al (2009) en un estudio longitudinal, encontraron que el acoso se asociaba con presentaban menores niveles de satisfacción laboral. Bowling y Beehr (2006) observaron que el acoso se asociaba negativamente con el compromiso organizacional. Resultados similares fueron encontrados por Einarsen et al (1998) quienes hallaron relaciones significativas entre las experiencias de acoso y los síntomas de *burnout*.

Debido a la gran repercusión económica y social del mobbing, las investigaciones del fenómeno del psicoterror laboral se han centrado en estudiar las repercusiones y relaciones entre mobbing/absentismo/presentismo y así diseñar estrategias de prevención, dejando otros aspectos importantes sin valorar. A este respecto, los estudios previos son bastante heterogéneos. Algunos autores citan que el APT está asociado con altas tasas de absentismo, numerosos intentos de abandonar la organización y con alta rotación laboral (Leymann, 1996; Rayner, 1997), otros han certificado una asociación significativa entre mobbing y absentismo (Niedhamer et al, 2008, Bowling y Beehr, 2006 y Kivimäki et al, 2000), mientras que otros estudios no han encontrado relación entre mobbing e inclinación al absentismo (Hoel y Cooper, 2000; Schat y Kelloway, 2003; Meseguer et al, 2008).

No obstante en el ámbito organizacional, si que se ha comprobado que los trabajadores afectados por hostigamiento psicológico sistemático presentan dificultades y problemas de salud que al acudir a su MAP, éste le prescribe inicialmente bajas cortas por somatizaciones con las que se puede recuperarse y tratar de gestionar y reformular su situación laboral. Con el tiempo, al no solucionarse el problema laboral se producen bajas de más larga duración, por problemas psicológicos y médicos relacionados con el daño psíquico sufrido (Zapf et al, 1996). Por consiguiente el primer y más evidente coste empresarial es el absentismo y la duración de las bajas del personal (Leymann, 1996)

Kivimäki et al (2000), estudiaron entre personal sanitario que trabajadores tenían un mayor número de bajas medicas certificadas comprobando que el 5% de la muestra eran víctimas de mobbing, y que el APT era un fuerte predictor del absentismo y de las bajas por enfermedad. La prevalencia del absentismo fue del 16% y pudieron observar que el riesgo de absentismo era un 26% mayor en las víctimas que en las no víctimas de mobbing. Así tras controlar el sexo y la edad, las bajas laborales eran un 51% más frecuente en víctimas de acoso que en el resto de los trabajadores, algunos con otro tipo de problemas médicos y/o psicológicos. Niedhammer et al (2008), encontraron que los bajos niveles en toma de decisiones (20%), bajo apoyo social (21%) y altas demandas psicológicas en las víctimas de mobbing (18%), eran factores de riesgo para que se diera absentismo laboral.

En cambio existen estudios que cuestionan esta relación. Meseguer et al (2008), estudiaron la asociación del mobbing con el absentismo en España. El absentismo fue dividido en dos categorías: una de naturaleza física (accidentes de trabajo, quejas físicas generales, gripe, etc.) y otra de naturaleza psicológica (depresión, ataque de ansiedad, dolores de cabeza, etc.). Los resultados reflejaron que el 32% fue clasificado como víctima y el 24% como no víctima de mobbing, y 102 empleados (el 26.3% de la muestra) manifestaron haber practicado el absentismo. Los resultados no revelaron diferencias estadísticamente significativas en absentismo, al igual que en otros estudios previos (Einarsen y Raknes, 1991; Hoel y Cooper, 2000), apoyando así la hipótesis de que el motivo para ausentarse del trabajo puede estar condicionado por la presión ejercida por la empresa, por ejemplo, trabajar aunque se esté enfermo, ocultando la enfermedad por miedo a represalias dentro de la organización. (Trbanc, 2008). Esta presión para ir a trabajar aumenta cuando los trabajadores son conscientes de que su trabajo tendrá que ser realizado por sus compañeros, cuando existe un alto riesgo de perder el trabajo o cuando las víctimas no quieren ser acusadas de simular la enfermedad (Hoel et al, 2003). Esta presión puede ser tan intensa, que a veces puede convertirse en una forma de mobbing institucional persistente (UNISON, 1997).

Para finalizar, aunque hay un patrón de resultados consistentes, no dejan de aparecer discrepancias, Schat y Kelloway (2003), no encuentran relaciones significativas entre mobbing y malestar psicológico o bien encuentran vinculaciones irrelevantes con los problemas de salud física, pero si que comprueban que las víctimas de mobbing con elevado apoyo social dentro y fuera del trabajo manifestaban mayor bienestar emocional y mejor salud física. A la vista de estas disparidades, se puede considerar que la investigación científica se beneficiaría de la aplicación de un modelo longitudinal, en tanto en cuanto, el objetivo principal a la hora de investigar el mobbing es sin duda tratar de contribuir a la prevención y al manejo del problema, y tener mayor información sobre las causas y consecuencias del fenómeno.

Una de las consecuencias más costosas para las organizaciones y la sociedad son las bajas laborales por enfermedad, éstas se han relacionado con la inseguridad contractual (Kivimaki et al, 1997), que a su vez contribuyen a un mayor uso de servicios sanitarios (Roskies y Louis-Gukrin, 1990). En el Anexo 25 se muestra una serie de más de 1 millón de días de baja laboral (población total, más de 100.000 habitantes), en los que se muestra la morbilidad por Capítulos y rúbricas de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP) (Gérvas et al, 2006). De su análisis se deduce que más del 50% de los problemas se concentra en el aparato locomotor (38,75 %) y mental (14 %), es evidente que su resolución dependerá, en gran medida, de capacidades técnicas (diagnósticas y terapéuticas) y de las habilidades de comunicación y abordaje psicológico del MAP (Araña et al, 2008a).

Araña et al (2008a) mostraron la asociación del modelo de AP con la duración de los procesos en situación de baja. La duración y la resolución están lógicamente unidas, y el tiempo clínico se alarga en parte por problemas de organización y en parte por la capacitación profesional. Si un MAP no es capaz de valorar una rodilla (un problema común, quinta causa de incapacidad laboral), o no tiene posibilidad de solicitar las pruebas necesarias para su seguimiento, precisará irremisiblemente de un traumatólogo. Las habilidades técnicas en traumatología y la competencia profesional en el abordaje de la ansiedad y depresión se configuran como disciplinas clave para enfrentarse con la mitad de todos los problemas que generan baja laboral.

Los trastornos depresivos en el estudio con la CIAP son el primer motivo de ILT, que si se une con la sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo (7º motivo) alcanzan un total del 7.11 % de todas las ILT. Los TM, y dentro de ellos la depresión, son la segunda causa de ILT en España, sólo por detrás de las disfunciones en el aparato locomotor (Valladares et al, 2009). Su prevalencia en mujeres (14.47%) de más del doble que en varones (6.29%) y los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación: las personas con enfermedades crónicas por enfermedad o baja maternal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad son grupos poblacionales con mayor riesgo y que precisan mayor atención sanitaria. Además, haber estado casado y vivir en grandes ciudades son factores que también parecen estar asociados al riesgo de depresión en España (Valladares et al, 2009).

➤ 2. Como se ha descrito las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo son consideradas por los profesionales comunitarios que les atienden (MAP, psiquiatras y psicólogos) como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, por tanto no son atendidas por profesionales de las unidades de salud laboral, especialistas en medicina del trabajo. Esta actuación conlleva a que se relacione *APT*, *ILT* y *SM* y por tanto se estudien conjuntamente.

Araña et al (2008a), informan que los trastornos de SM ocupan el quinto lugar entre las causas con mayor incidencia de absentismo laboral (3.5%), en el cuarto con 11.4 días de baja, pero se sitúan en los primeros lugares, en cuanto a la duración media de los procesos por ILT (en concreto, con una media de más de 76 días de baja por trabajador al año), superando en el triple a la duración media de días de baja del total de las causas de incapacidad (que se sitúa en 23.7 días). Destacamos el predominio del impacto de la duración media de los días de baja de los TM y de las enfermedades osteomusculares frente al resto de enfermedades incapacitantes, que es una constante en cualquier investigación realizada

En el informe de indicadores de salud laboral en Cataluña del año 2008 (Pla de Salut 2008-2012), la incidencia de las enfermedades relacionadas con el trabajo, registrada por las USL, se ha doblado en los últimos 5 años y ha pasado de 40.4 por 100.000 afiliados del Régimen General de la seguridad Social el 2001 a 84.2 por 100.000 el año 2005. En Cataluña las dolencias osteo-musculares/ conectivo y las enfermedades mentales y del comportamiento son las que originan más días de baja, las primeras en conjunto suponen el 28.5% del total de días de baja, de media las incapacidades temporales por este motivo duran 48.3 días, las segundas, por su parte, suponen el 18% de todos los días de baja registrados, aunque sólo fueron el motivo del 8% de baja, de media las personas que padecen este tipo de enfermedades pasan 78.6 días de baja. (Pla de Salut 2008-2012).

En el mismo informe, se destaca que las enfermedades detectadas, los trastornos musculoesqueléticos (35% en mujeres y 40% en hombres) y los TM (25% en hombres y más del 40% en mujeres) son los grupos más importantes que han aumentado a lo largo del período observado. La relevancia de considerar el impacto adquirido por los TM, la comprobamos al analizar la evolución de la ILT por causas psicopatológicas generales en España período 1996-2001.

➤ 3. La falta de una adecuada atención a las personas con enfermedad mental supone un importante aumento de los días de baja laboral de ILT y de los días de mantenerse en el trabajo aún padeciendo problemas de salud. El absentismo/presentismo laboral derivado de problemas de SM genera, un importantísimo coste que, de forma creciente, repercute en la productividad de las empresas, en el coste de las incapacidades financiadas por la SS, en el aumento de listas de espera y costes de la asistencia sanitaria, pero fundamentalmente en el bienestar y el futuro de la víctima (Araña et al, 2008a). El presentismo, tendencia a continuar en su trabajo de las personas afectadas por problemas de SM, es un fenómeno laboral que también genera una elevada pérdida de productividad (Araña et al, 2008a).

3.1. El estudio Índice de Impacto de la enfermedad en la Productividad Laboral (IMPALA) de Rejas et al (2004) y Domínguez et al (2005) se trató de un estudio observacional, transversal, realizado en el ámbito de la Medicina Laboral para valorar las medidas de productividad laboral. Este índice consta de 7 ítems que cubren distintos aspectos del impacto laboral de los problemas de salud y valora los días faltados al trabajo, presentes en el trabajo, rendimiento promedio y productividad (Absentismo/presentismo/rendimiento/productividad).

En cuanto al absentismo el estudio IMPALA refleja el impacto de la enfermedad en la productividad en una población laboral según tipo de antecedentes de patologías en los últimos 3 meses. Los autores observaron que sin antecedentes de patología, las enfermedades endocrinas y las cardíacas son las que generan mayor media de días de baja, en cambio si ya existía antecedentes de patología los TM podían generar hasta 2.5 veces más días de baja que las cardíacas, 2 veces más que las respiratorias y 1.65 veces más que las digestivas. La comorbilidad de los TM con otras enfermedades supera como vemos ampliamente a las demás enfermedades. En conclusión, los pacientes con problemas de SM, muestran el mayor índice de días de baja perdidos en los tres últimos meses, y la mayor comorbilidad, frente a enfermedades tan impactantes como las cardíacas, respiratorias, digestivas.

En cuanto al presentismo el impacto de la enfermedad en una población laboral según tipo de antecedentes de patologías en los últimos 3 meses se observó que sin antecedentes de patología, las enfermedades endocrinas y las cardíacas continúan siendo las que generan mayor media de días de presentismo, en cambio si ya existía antecedentes de patología los TM podían generar hasta 2.14 veces más días de presentismo que las migrañas, cefaleas, 1.85 veces más que las respiratorias y 1.44 veces más que las musculoesqueléticas. La comorbilidad de los TM con otras enfermedades supera ampliamente a las demás enfermedades. En conclusión, los pacientes con problemas de SM, muestran el mayor índice de días de trabajo con problemas de salud en los tres últimos meses, y la mayor comorbilidad, frente a enfermedades o molestias tan impactantes como las migrañas, musculoesqueléticas, cardíacas, respiratorias, digestivas.

En cuanto al rendimiento y productividad de los últimos 3 meses, en el estudio se observa que cualquier antecedente de TM genera el segundo rendimiento menor con 71.5, después de las migrañas, y 6.1 días equivalentes perdidos (LWDE) a gran distancia de las enfermedades digestivas y del resto, con grandes diferencias frente a las comorbilidades digestivas, respiratorias y de migrañas.

3.2. En los estudios realizados por Sanderson y Andrews (2006) en entornos asistenciales podemos observar que las tasas de presentismo y absentismos son mayores en la población aquejada de trastornos en SM que en la población general. En relación al presentismo se detecta en estudios de población general que la incidencia de las pérdidas ocasionadas por acudir al trabajo estando psicológicamente afectado en población general (medidas exclusivamente en horas semanales), reflejan con exactitud una incidencia superior a las 7 horas semanales por trabajador con depresión mayor y casi cuatro horas semanales por depresión. En estudios realizados en el lugar de trabajo mientras los días de trabajo perdidos por depresión ascienden a 12.4 días anuales, los días de trabajo reducidos por depresión alcanzan 3.8 días (Sanderson y Andrews, 2006).

Los mismos autores analizaron conjuntamente la prevalencia y días de trabajo perdido (absentismo) o con rendimiento reducido (presentismo) por TM de trabajadores a tiempo completo. En todos los TM, los días de trabajo reducido (presentismo) triplican la incidencia de los días de trabajo perdidos (absentismo). Dentro de éstos son los trastornos afectivos, o del estado de ánimo, los que ocupan el primer lugar respecto a causas de días laborales perdidos y días de trabajo reducido, doblando la repercusión de que disponen la totalidad de los trastornos mentales en su conjunto, es decir son aproximadamente la cuarta parte del conjunto de los trastornos mentales (depresión 2.5%, TM 10.5%), pero la incidencia global que posee, duplica la de todos los demás trastornos. Después de los trastornos afectivos, les siguen en ambos aspectos los trastornos de ansiedad, con 1.7 días perdidos y 4.5 días de trabajo reducido, los trastornos de personalidad y los problemas de abuso de sustancias (Sanderson y Andrews, 2006).

A los trastornos del humor (afectivos) la clasificación CIE 10 (WHO, 1994) los codifica del F30 al F-39, siendo la descripción fundamental de estos trastornos una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia, este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. En esta sección podemos encontrar como útiles los episodios depresivos (F-32) y el trastorno depresivo recurrente (F-33).

Por otra parte los trastornos de ansiedad se sitúan en la segunda causa de días perdidos y de días de trabajo reducidos. Mientras que en relación al absentismo representan la mitad de días perdidos que algún trastorno afectivo en días de trabajo con rendimiento reducido (presentismo) representan $\frac{3}{4}$ de los de afectivos. En la sección trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos de CIE-10 (WHO, 1994) se codifica a estos trastornos del F-40 al F-48. Entre los trastornos que más interesan a este trabajo, destacamos el F-43.1 TEPT, F43.0 reacción a estrés agudo, F-41 otros trastornos de ansiedad y el F-42 trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Los mismos autores también analizaron la prevalencia y días de trabajo perdidos o con rendimiento reducido por TM puros y comorbidos, de trabajadores a tiempo completo y observaron que la presencia de comorbilidad o concurrencia en un mismo individuo de distintos trastornos psíquicos, alteraba la afectación psicopatológica, los días perdidos y días de trabajo reducido, repercutiendo en la productividad de su trabajo incrementando el presentismo y el absentismo laboral. Además la comorbilidad física y psicopatológica generaba un incremento extraordinario de todas las variables a estudio (Sanderson y Andrews, 2006). Según estos autores los trastornos afectivos puros, con una prevalencia de 1.1%, presentaron 1.1 días perdidos y 5.3 días de trabajo reducido, en cambio los

trastornos de ansiedad puros 1%, 0.6 y 2.7 respectivamente. Entre los TM comorbidos, destaca la comorbilidad de trastornos de ansiedad y Afectivos con 0.4%, 5.7 y 7.2, la de trastornos afectivos y personalidad con 0.3%, 1.9 y 6.9, y por último la de trastornos de ansiedad y personalidad con 0.6%, 0.2 y 4.5.

En los resultados de estos mismos autores se ha de destacar que dentro de los trastornos psicopatológicos, la *depresión pura*, como trastorno afectivo o del estado de ánimo, se muestra como el trastorno (25.5) que produce mayor impacto en el área laboral, superando en más del triple a los días de pérdida de trabajo de otras enfermedades crónicas no psiquiátricas (7.5) como la diabetes, la artritis, la hipertensión, las cefaleas, migrañas, dorsalgias, cervicalgias, lumbalgias, etc. (Sanderson y Andrews, 2006). La mayor cantidad de días perdidos, son debidos a la depresión y a los trastornos de pánico, pero si analizamos por agrupaciones, el conjunto de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F-40 al F-48) en su conjunto se sitúa como primera causa psicopatológica de días de productividad perdidos (61,5 días, trastornos de pánico, agorafobia, TEPT y TAG). En cambio los trastornos del humor (afectivos) (F-30 al F-39) alcanzan 29 días (depresión y manía) (Sanderson y Andrews, 2006).

Es de destacar para este estudio los datos obtenidos de los 3 diagnósticos utilizados para describir los estadios del APT (TAG 9.5, TEPT 14 y TDM 25.5). En el estudio de (Lara Muñoz et al, 2007) se observa que el nº de días de trabajo perdidos en los últimos 12 meses por trastorno psicopatológico se incrementa al ir avanzando en las etapas y estadios evolutivos del daño clínico de las víctimas de APT descrita por De Rivera (2011), así según estos autores, las enfermedades crónicas presenta 7.5 días de trabajo perdidos en los últimos 12 meses, el TAG 9.5, el TEPT 14, la depresión 25.5. De ahí que las autoridades sanitarias han desarrollado sucesivos intentos de disminuir el absentismo laboral de estos colectivos y están coordinando medidas entre los Equipos de Vigilancia de la Incapacidad (EVI), pertenecientes al INSS, para el intercambio de información, consulta de la historia médica del paciente, con la finalidad de hacer un seguimiento más exhaustivo a este colectivo, con lo que la presión a los MAP para que restrinjan las ILT va en aumento, e incluso en algunas CCAA se incentiva económicamente para facilitar esa restricción, aunque ello genere más presión y aumente la indefensión a todos los pacientes incluidas obviamente las víctimas de acoso psicológico laboral, más vulnerables por sus secuelas psíquicas crónicas (Araña et al, 2008a)

➤ 4. Los pacientes con enfermedad mental presentan más problemas de salud asociados y utilizan de manera más frecuente los recursos asistenciales, que los pacientes que acuden a consulta por problemas de salud general. Un estudio longitudinal (Kivimäki et al, 2000) realizado entre 5500 trabajadores de un hospital finlandés mostró que las víctimas de acoso tenían un 1.5 mayor riesgo de tener una enfermedad certificada por un medico durante el siguiente año de padecer *mobbing*, comparados con sus compañeros.

Según el estudio ESEMeD (2004) entre los individuos con algún TM sufrido en los últimos 12 meses y que hacía uso de algún servicio de salud, dos tercios de ellos consultaban con un MAP (Alonso et al, 2004). La depresión mayor es una de las causas de consulta más frecuentes en AP y constituye uno de los diagnósticos psiquiátricos más habituales en la población general (Thomas et al, 2005). Por consiguiente la AP tiene un papel prioritario en la detección, el tratamiento y la remisión a otros profesionales de pacientes con depresión (Goldberg, 1995). Los centros de atención primaria (CAP) constituyen el primer punto de contacto con el sistema de salud español para los pacientes depresivos (Aragonés et al, 2005; Serna et al, 2007). Estudios previos indican que alrededor de un 10% de los pacientes que acuden a un centro de AP pueden sufrir un trastorno depresivo, sin embargo de estos, muchos casos no son diagnosticados por el médico (Saiz y

Montes, 2005; Serrano et al, 2009). La tasa de morbilidad oculta o no detectada en este medio es elevada, estudio DASMAM de Serrano et al (2010). Además, un porcentaje significativo de casos no recibe un tratamiento adecuado (Fernández et al, 2006).

La Utilización de servicios asistenciales, exclusivamente sanitarios, por trastornos de SM se caracteriza en el estudio de Fernández et al (2006) por:

- El 14.7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de atención primaria presentan depresión, de los que son conocidos el 72% y reciben tratamiento con antidepresivos el 34%.

- La detección se asocia positivamente con el nivel educacional, la gravedad del cuadro, el grado de incapacidad y la queja de síntomas psicológicos explícitos, mientras que el tratamiento con antidepresivos se asocia al estado civil, la gravedad de la depresión, la frecuencia de visitas al MAP y la queja de síntomas psicológicos. Así pues, un importante porcentaje de pacientes con depresión no son conocidos y muchos de los conocidos no reciben el tratamiento adecuado.

- Tanto las tasas de detección como las de tratamiento son mayores en las formas más graves de depresión y además, hasta un 26.5% de los pacientes diagnosticados de depresión por el médico de familia no reúnen criterios formales para este diagnóstico.

- En general, la remisión total de la depresión, que es el objetivo de un tratamiento adecuado, está directamente relacionada con la reducción del coste de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. Las intervenciones dirigidas a aumentar las tasas de respuesta y remisión de la depresión pueden aumentar los costes directos a corto plazo, pero dada la pequeña aportación al coste total de la enfermedad es muy probable que sean compensadas por la reducción de los costes de morbilidad. Pero tan importante como evitar el infradiagnóstico es diferenciar los trastornos depresivos de aquellos que no lo son con el objetivo de no prescribir tratamientos a personas que realmente no tienen depresión (Valladares et al, 2009).

Finalmente hemos de destacar que el uso de servicios especializados en SM muestra grandes diferencias en función de la práctica médica habitual y de la organización del sistema de SM. En el Reino Unido la AE se ocupa fundamentalmente de TMG (psicosis), mientras que en España atienden básicamente trastornos de ansiedad y depresión. El estudio LIGANDO (Caballero et al, 2008 y 2009) estimó los motivos por los que acudieron al menos un 1% de los 20.347 pacientes a la consulta ambulatoria de SM. Los siete motivos de asistencia más frecuentes fueron los trastornos de depresión 26.7%, seguidos de los síntomas de ansiedad 18.2%, los trastornos psicóticos 15.6%, la enfermedad bipolar 6.9%, los trastornos de personalidad 6.7% y por último los trastornos Psicopatológicos inespecíficos 5.7%, lo cual confirma los resultados de la mayoría de estudios en ámbitos asistenciales de SM que indican que la depresión es el TM más común seguido del de ansiedad.

➤ 5. Tan sólo uno de cada tres enfermos mentales recibe un tratamiento con unos criterios de calidad mínimos, esto es, recibir tratamiento farmacológico durante al menos dos meses, haber visitado a un especialista en salud mental o cualquier otro médico al menos en 4 ocasiones y haber recibido un mínimo de 8 sesiones de al menos 30 minutos de duración de tratamiento psicológico (Araña et al, 2008a). Pero tan importante como evitar el infradiagnóstico es diferenciar los trastornos depresivos de aquellos que no lo son con el objetivo de no prescribir tratamientos a personas que realmente no tienen depresión (Araña et al, 2008a).

En España la depresión es el TM más frecuente en la población en general y las cifras actuales se incrementarán considerablemente en el futuro (Haro et al, 2006). Sin embargo, los estudios comparativos europeos sitúan a España entre los países del continente con menos casos de depresión. Los datos indican que en España actualmente podría haber aproximadamente 6 millones de personas deprimidas, de las cuales tan sólo una tercera parte, 2 millones, han recibido un diagnóstico adecuado (Valladares et al, 2009).

En la actualidad, existe un 50% de pacientes depresivos que no están diagnosticados, y de la mitad que sí lo está, el 50% no está correctamente tratado, bien en primera instancia o bien por abandono del tratamiento, por desinformación u otras razones y, un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están diagnosticados ni tratados, pues la depresión es mucho más que un estado de ánimo bajo (Norton et al, 2009). La depresión presenta sintomatología variada somática, como dolor, trastornos del sueño y de la alimentación; psicológicas, como la sensación de miedo y ansiedad; y cognitivas, como la falta de concentración y memoria y la dificultad para pensar y tomar decisiones, por lo que algunos autores proponen la realización de cribados entre la población, con el fin de asegurar que todos sean identificados y reciban el tratamiento adecuado (Araña et al, 2008a).

Por otro lado, la remisión total de la depresión, que es el objetivo de un tratamiento adecuado, está directamente relacionada con la reducción del coste de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. Las intervenciones dirigidas a aumentar las tasas de respuesta y remisión de la depresión pueden aumentar los costes directos a corto plazo, pero dada la pequeña aportación al coste total de la enfermedad es muy probable que sean compensadas por la reducción de los costes de morbilidad (Valladares et al, 2009).

➤ 6. Los MAP presentan un déficit en la detección, diagnóstico y manejo de los enfermos con problemas de SM. En la práctica clínica diaria, los MAP tienen dificultades en diferenciar entre depresión y ansiedad según el trabajado realizado por Demyttenaere et al (2009).

Teniendo en cuenta los estadios evolutivos y los correspondientes TMG descritos por De Rivera, (2011) la ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. La ansiedad es experimentada por el paciente, a nivel psíquico, pero también a nivel físico, siendo estos síntomas somáticos los que motivan la consulta y hacen que el paciente se resista a admitir que su enfermedad es fundamentalmente psíquica, no somática. Sin embargo serán los problemas psíquicos los que más sufrimiento ocasionan al paciente, y los más difíciles de describir De Rivera, (2011). El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en AP resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a AE cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran (GuíaANS, 2008).

Cuando la ansiedad que manifiestan las víctimas en su tiempo de trabajo, empiece a generalizarse a otras situaciones familiares, sociales, estaremos ante el denominado TAG. En el contexto de la AP los trastornos de ansiedad y el TAG en particular son muy frecuentes, estimándose su prevalencia anual entre el 3 y el 8% (Wittchen et al, 2002; Ansseau et al, 2005; Serrano et al, 2010). En consultas ambulatorias de SM el estudio LIGANDO (Caballero et al, 2008 y 2009) observó una prevalencia del 13.7%, superior a los observados en AP, significativamente mayor en las mujeres que en los hombres hasta los 55 años (15.4 frente a 11.3%,

respectivamente), haciéndose similar en ambos sexos a partir de esta edad. Los autores del estudio LIGANDO manifiestan que muy probablemente los pacientes que no están bien controlados en AP son referidos al ámbito de la psiquiatría, que recibe los casos más graves y los refractarios al tratamiento. Finalmente este estudio detectó que los pacientes que llegan a la consulta sin diagnóstico previo de TAG alcanzan un 10%, consultan por los síntomas característicos de este trastorno siendo desconocidos hasta ese momento (Caballero et al, 2008).

Una razón que explica la alta tasa de infradiagnos para el TAG en AP es que en estos casos, el motivo principal de consulta no es la ansiedad sino las quejas somáticas subestimando su prevalencia en AP (Wittchen, 2002). Otra posible explicación es que el TAG se caracteriza por su alta tasa de comorbilidad (Pélissolo A, et al 2002). Esta alta tasa hace del manejo del TAG un gran desafío para el MAP (García-Camayo, et al, 2012), ya que coexisten con el TAG enfermedades como la depresión mayor, que es la asociación más frecuente, la diabetes mellitus, los trastornos de abuso de sustancias y los trastornos de pánico, entre otras (Kroenke et al, 2007). El solapamiento de síntomas del TAG es bastante más evidente entre el TDM, el trastorno de pánico. Hasta el 80 % de pacientes que presentan TAG, desarrollan por lo menos un EDM a lo largo de su vida (Kroenke et al, 2007). Por eso el diagnóstico de ansiedad es un diagnóstico de exclusión en el que el profesional debe descartar previamente otras entidades médicas (Kroenke et al, 2007). Así un mejor conocimiento acerca de los síntomas del paciente con TAG en los servicios de AP permitirá un mejor manejo de estos pacientes y un mejor reparto de los recursos de salud (García-Campayo et al, 2012).

El TAG es el trastorno de ansiedad con menor probabilidad de remisión espontánea, presentando un curso clínico con tendencia a ser recidivante, fluctuante y crónico, tal es su relevancia que ha sido conceptualizado como un trastorno básico disparador de otros tipos de trastornos, pero las implicaciones van más allá de las sanitarias-laborales, al repercutir en un detrimento de la calidad de vida de las personas afectadas y de sus entornos, con una pérdida gradual de funcionalidad psicosociales, con repercusiones claras en rentabilidad social (aquí radica la importancia de un buen diagnóstico, pues aparece en los estadios iniciales del proceso de hostigamiento psicológico laboral) (GuíaANS, 2008).

Trastorno Depresivo

En un contexto clínico, es conocido que los trastornos depresivos se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos y de un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente; la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio, de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por la presencia de otras enfermedades que favorecen la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas) (Sicras et al, 2007). Este estudio refuerza la evidencia relacionada con la asociación de los antecedentes y la elevada utilización de recursos de estos pacientes.

En cuanto a la manifestación de otros TM junto a la presentación de una depresión mayor, podemos afirmar que uno de los síntomas que aparece con mayor frecuencia es la ansiedad (GuíaTDM, 2008). Existen dos aproximaciones a este síntoma; una dimensional, en la cual los EDM tienen niveles altos de síntomas ansiosos y otra aproximación sintomática, en la cual la ansiedad es una comorbilidad (Rush et al, 2005). El TAG presenta una comorbilidad con depresión mayor del 62% mientras que la comorbilidad acompañante a la depresión más determinante según diversos estudios detectadas es la relacionada con la ansiedad social, la ansiedad generalizada, y el TEPT en porcentajes que varían desde 29.3

hasta el 11.8% (Rush et al, 2005). También se detecta una sintomatología significativa adicional a la depresión, muy interesante para nuestro estudio (conjuntamente TAG y, TEPT, alcanzan un 32.6%).

En el estudio de Rush et al (2005) se observa que la presentación de la depresión en estado puro alcanzaba el 32%, la combinación con otra enfermedad mental el 25.6%, comorbilidad con dos TM (16.1%) y con tres el 20.2%. La combinación ansiedad social-depresión, abuso de sustancias, unido a un estilo de vida disfuncional con abuso de tabaco y falta de ejercicio físico, genera un cóctel de difícil digestión, aumentando la gravedad del TM (Rush et al, 2005). Frente a ello se ha de destacar que sólo el 38.2% presentan una depresión pura. Estos hechos dificultan el diagnóstico, el tratamiento, la atención sanitaria de las víctimas de APT, así como la gestión de la ILT.

El motivo de que la depresión mayor aunque sea una de las causas de consulta más frecuentes en AP este infradiagnosticada, puede estar debido a que los MAP diagnostican bajo otra clasificación la sintomatología de depresión mayor o derivan a otros especialistas estos pacientes ante la dificultad de su tratamiento, seguimiento, ya que los MAP detectan más los síntomas físicos y somatizaciones que los propios de un TDM (Fernández et al, 2006). La afectación somática simultánea en pacientes con depresión mayor, supera el 69% en relación a problemas digestivos, y más del 80% en afectación cardiopulmonar o en algún otro tipo de dolor somático. Estos síntomas somáticos aparecen asociados a un incremento de la gravedad de la depresión, la utilización de servicios y a pérdida de la calidad de vida (Sicras et al, 2007). El 54% de pacientes referían 4 o más síntomas somáticos no justificados por causa orgánica (García et al, 2008).

En el informe de Araña et al (2008), se observa que los MAP desconocen o poseen elevadas dificultades para afrontar el diagnóstico psiopatológico y cómo tratar los problemas SM. Gran parte de los médicos toman como referencia, "y de forma contraria a la patología médica", un sólo síntoma para conocer la patología del paciente. Como consecuencia, se produce una confusión generalizada en los diagnósticos y los tratamientos, lo que podría significar que un alto porcentaje de la población con trastornos de tipo mental está mal diagnosticada. El informe destaca el caso de Cataluña, donde casi la totalidad de los MAP confirma efectuar su prescripción a partir del síntoma principal. En síntesis este documento refleja déficits pronunciados a la hora de diagnosticar y tratar enfermedades mentales por parte de los MAP en todas las comunidades autónomas.

La encuesta que acompaña al citado informe de Araña mostraba cual era la situación de la SM en el Sistema Nacional de Salud (SNS) teniendo en cuenta los datos de siete comunidades autónomas: Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, Valencia, que, en definitiva, representan casi el 80% de la atención total española. En cuanto a la seguridad que el propio MAP tenía sobre su diagnóstico, destacaba la opinión generalizada (46%) en todas las comunidades sobre la alta confusión en los diagnósticos, excepto en Cataluña donde el 83% de los encuestados afirmó estar seguro. Sin embargo, más del 70% de la muestra afirmó la dificultad que presenta la SM a niveles asistenciales.

Señala el informe: *"Las consecuencias de este dato detectado pueden traducirse en una asignación etiológica errónea a un mismo o distinto síntoma presentado como queja principal por un paciente que, no sólo a nivel asistencial sanitario sino a la hora de prescribir Baja Laboral, pueda ser determinante para la duración de la baja y para la asignación de un diagnóstico y selección del tratamiento, afectando a la evolución terapéutica del sujeto, o su empeoramiento"*. En este sentido, el informe avala la necesidad de efectuar "cambios inmediatos" en los CAP para optimizar este funcionamiento actual, donde el MAP necesita compensar su cualificación con

formación en Terapia de Conducta y Psicofarmacología, compartiendo su nivel de intervención, de forma interdisciplinar con otros profesionales: psiquiatras con formación complementaria también en Terapia de Conducta, psicólogos cualificados con formación en Clínica, Terapia de Conducta y Farmacología.

Finalmente, para intentar mejorar este déficit Van Os et al (1999) realizaron un estudio para evaluar, en la fase previa y post, la capacidad diagnóstica y prescriptiva de los MAP al recibir un programa específico en SM. Sorprendió que tras recibir el entrenamiento la derivación a especialistas en SM apenas aumentaron (del 23 al 24%). En cambio, el counseling o ayuda conjunta a la prescripción de antidepresivos aumentó pero sin alcanzar tasas pretendidas (del 11 al 30%). El diagnóstico correcto apenas mejoró, no logró ni situarse en el 50 % de detección (del 40 al 48%). En cambio la prescripción de antidepresivos en general y de nueva generación partiendo de datos basales más altos que el resto de ítems, multiplicaron aproximadamente por 2 sus resultados. La dudosa eficacia del entrenamiento es importante pues no se detectaron ni el 50 % de los trastornos. Aún así los MAP estaban tan convencidos de su actuación que se mantuvo estable la derivación a otros especialistas en SM, con datos basales ya muy bajos. Por consiguiente el entrenamiento no logró ni mejorar los rendimientos diagnósticos, ni ayudaron a facilitar una correcta coordinación con la Red de especialistas de SM (van Os et al, 1999).

➤ 7. Por otro lado, los expertos del informe Araña et al (2008a) subrayan la propuesta del Reino Unido, donde el ejecutivo británico se ha comprometido, entre otras medidas, a la contratación, en un periodo de 10 años, de más de 10.000 psicólogos dentro del National Health Service (NHS) y a la creación de centros de salud públicos especializados en tratamiento psicológico, hasta alcanzar un mínimo de un centro por cada 250.000 habitantes.

Mientras en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) descarta esta contratación de psicólogos, argumentando que la mayor parte de los 3.200 médicos que necesita España son generalistas. La razón argumentada es que existe un número excesivo de pacientes por facultativo, lo que conlleva que los MAP cada vez disponen de menos tiempo en sus consultas; y aunque están capacitados para tratar la mayoría de enfermedades vinculadas al ámbito laboral, incluido los trastornos descritos, se sientan desbordados, no den abasto, lo que se traduce en menor tiempo de diagnóstico. Ante esta premura de tiempo su actuación suele acabar limitándose a recetar ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, que son un parche y no resuelven el problema, y que como último recurso generan un mayor número de derivaciones a las consultas de especialistas, pues atribuye una sintomatología depresiva inespecífica, a la víctima de APT, infradiagnosticando el TEPT comórbido con TDM. Atribuye a los rasgos de personalidad de la víctima conductas o actitudes de esta sociedad, la cual es cada vez menos tolerante a la frustración y a algunos tipos de sufrimiento, ya sea físico o emocional. Aquí radica el problema en la ATRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS SINDRÓMICOS GENÉRICOS, MÁS FÁCILES DE ADOPTAR QUE LOS DIAGNÓSTICOS PRECISOS (Araña et al 2008a).

No obstante, según los autores del informe citado, las principales dificultades no se asocian a la cualificación, sino a la falta de herramientas y recursos para atender al paciente con TM, para ello es necesario que el profesional reflexione sobre la enfermedad mental de los pacientes afectados de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo, sus características, sus tratamientos concretos, el tiempo, dedicación y calidad de sus entrevistas clínicas para ser efectiva su actuación (González, 2004). Pero aún más, siendo importante la detección precoz, no lo es menos el tratamiento y su seguimiento y la posibilidad de disponer de recursos alternativos suficientes (sociales, psicoterapias) para poder atender correctamente a los

pacientes, pues en muchos casos, la depresión/TEPT se convierte en una enfermedad crónica, por la repetición de los episodios, en ocasiones debido a tratamientos de corta duración y/o dosis insuficientes (González, 2004).

➤ 8. En conclusión, en el informe de Araña et al (2008) se alerta de los costes económicos derivados de la mala atención a estos enfermos y se subraya la necesidad de efectuar "*cambios inmediatos*" en los CAP para optimizar la calidad de la atención que se presta. A este respecto, los expertos proponen un nuevo modelo de asistencia sanitaria basado en un enfoque multidisciplinar, donde todos los profesionales trabajen de manera conjunta, contribuyendo al diagnóstico y a la elaboración y selección del tratamiento. A modo de ejemplo, en el informe citado se señala como propuesta la realizada por la *Organización Mundial de Psiquiatría* y publicada en diciembre de 2008, denominada *Nuevo modelo polivalente de centros de SM*, donde se plantea que el MAP pueda recibir la ayuda de otros médicos especialistas, y todos coincidan en el mismo lugar de trabajo con, al menos, un psiquiatra y seis psicoterapeutas que trabajen en equipo.

Como hemos visto a lo largo de este capítulo el alcance y la magnitud de este proceso es tan grave e impactante que el MAP queda desbordado y presenta dificultades para poderlo enfrentar. No obstante, la realidad que se constata en nuestra sociedad es que en la práctica diaria el MAP atiende con mucha frecuencia a pacientes con problemas de la esfera psicosocial, donde la SM ocupa gran parte del tiempo de su consulta, siendo esta actuación fundamental, pues es éste el primer nivel básico que actúa como regulador de flujos (derivación a la AE), gestor y coordinador de casos (otorgan las bajas y altas de las certificaciones de ILT, causadas por enfermedad común o profesional y accidente de trabajo o no) (Gonzalez et al, 2004). Siendo los responsables dentro de la mayoría de los servicios sanitarios de garantizar y ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada a este colectivo de personas, con criterios de eficiencia establecidos por sus superiores³ (González et al, 2004). En Europa, la gran mayoría de los pacientes con trastornos mentales son atendidos por un MAP (64.2% en el estudio ESEMeD-Europa), por lo que el tipo de tratamiento recibido mayoritariamente es el tratamiento farmacológico. (Kovess-Masfety et al, 2007).

La atención más adecuada según los actuales gobernantes⁴, por el ahorro económico-asistencial que acarrea, aprovechando las propias bases conceptuales de la AP recogidas en la propia Ley general de Sanidad del año 1986, se encontraría en los MAP que atienden al individuo en el nivel más accesible, desde un punto de vista integral (biopsicosocial) e integrado (al tener en cuenta aspectos preventivos y de promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción social), y con el preciso trabajo en equipos interdisciplinarios de AP (medicina de familia, enfermería, psicología, trabajo social) (González et al, 2004). No obstante, tal como se ha ido desarrollando en este apartado, estos MAP deberían contar con una mayor coordinación y colaboración del especialista en Psiquiatría y, obviamente de las USL como máximos especialistas en salud laboral, pero la práctica diaria, el colapso de la AP, dificulta que esto sea viable, por lo que las vicisitudes de las víctimas de acoso psicológico laboral en estos tiempos convulsos de crisis generalizada tendrán que seguir los cauces establecidos y esperando la buena voluntad y la pericia profesional del MAP que le atienda, mientras se infrutiliza las USL (Araña et al, 2008).

³ Los trastornos mentales son problemas de salud que tienen un fuerte impacto social, sanitario, económico y una importante repercusión en la calidad de vida de las personas que los sufren y sus familias. El coste económico derivado de estas enfermedades mentales se estima alrededor del 3 al 4% del PNB, el 46% del cual corresponden a costes sanitarios y sociales directos, y lo demás son costes indirectos asociados, en buena parte, a la incapacidad laboral. *Pla de Salut 2008-2012. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*

⁴ El nuevo Pla de Salut de Catalunya 2012-2016, establece que sea el nivel de AP, donde se atienden los trastornos de Salud mental, incluidos los del ámbito laboral.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Las personas afectadas de *conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral (hostigamiento psicológico en el trabajo)* no disponen de un reconocimiento jurídico como enfermedad profesional o accidente de trabajo frente a estos comportamientos, pasando a estar considerada como enfermedad común, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, siendo atendidas por tanto por profesionales sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria y no por profesionales de las unidades de salud laboral, especialistas en medicina del trabajo.

En este contexto de asistencia comunitaria, la intervención del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar de atención a las personas afectadas de APT se constituye en una actuación esencial, demandada incluso por las propias asociaciones de víctimas de acoso laboral, escolar y sexual, pues estas personas son consideradas por los profesionales que les atendieron como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado, siendo el tratamiento medicamentoso en general, la opción más utilizada tanto por el MAP, como por los psiquiatras.

Por consiguiente el seguimiento del plan terapéutico prescrito fue una de las tareas más valorada y solicitada tanto por el colectivo de pacientes como por los otros profesionales. Del resultado de esta intervención se demandaron por el colectivo de personas afectadas de APT, informes farmacoterapéuticos de seguimiento que fueron utilizados por los propios pacientes, como apoyo a los informes psiquiátricos, psicológicos, y de los MAP.

Por otro lado, el estudio de la medicación prescrita a estas personas conllevó a profundizar en el conocimiento de la situación de este colectivo en nuestro país y obtener conclusiones sobre el uso de medicamentos para este colectivo frente a otras terapias. Así en España, entre los individuos que sufren algún trastorno mental, el tipo de tratamiento recibido en los últimos doce meses con mayor frecuencia es la farmacoterapia con un 35.3% como terapia única y un 29.4 como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica, mientras que sólo el 4.5% de pacientes recibió tratamiento psicológico como terapia única. No obstante, existen pruebas o "evidencia" emergentes que indican que una larga duración de la depresión o la psicosis como consecuencia de un infra o no conveniente tratamiento, son un indicador que predice los peores resultados en el trastorno mental. En este sentido, se ha descrito que hasta un 30-50% de los pacientes con depresión mantiene su sintomatología a pesar de estar medicados.

Sin embargo lo que el paciente transmite en cuanto a la medicación es que la larga duración del tratamiento, el retardo en el comienzo de su efecto, la falta de confianza en el médico prescriptor y en la efectividad de la medicación, los efectos adversos, la ausencia de información y conciencia de la enfermedad y el estigma social al que tienen que enfrentarse son factores que contribuyen a que abandone el tratamiento antidepressivo antes

de lo establecido, debido posiblemente a un desconocimiento o, en otros casos, a una mejoría de su estado de ánimo. Las consecuencias del abandono de la medicación tienen una gran relevancia no sólo en la calidad de vida del enfermo, sino también en el control del gasto que supone tratar una enfermedad, que en ocasiones exigen que el tratamiento se prolongue a lo largo de toda la vida. Por tanto, en estas situaciones los esfuerzos deberán centrarse no sólo en medir y caracterizar el incumplimiento terapéutico, sino en introducir programas e intervenciones que aumenten las tasas de adherencia y como consecuencia mejoren los resultados en salud.

Por otro lado, frente a otras patologías, donde existen parámetros y valores de referencia a alcanzar tras el abordaje terapéutico (niveles de glucosa, de colesterol, valores de presión arterial,...) parece incuestionable que el uso de medicamentos sea útil pues se trataría de variables objetivas y reproducibles, en cualquier individuo. Sin embargo, en salud mental existe una gran variabilidad intra e interindividual de forma que en diferentes estudios se advierte que la efectividad de los psicofármacos en la remisión se sitúa entre el 50-80%, dependiendo del tipo de patología.

En paralelo, se tendría que valorar también el riesgo de no tratar la enfermedad mental dejándola a su libre evolución frente al riesgo de tratarla con determinados psicofármacos en condiciones especiales, por ejemplo las de uso no autorizado (*off label*) y, por tanto fuera de una indicación descrita en la ficha técnica. En este sentido, habrá que considerar siempre cuál sería la relación "riesgo/beneficio" de tratar la enfermedad con psicofármacos, frente a no tratarla, y no pensar solo en los posibles efectos adversos ligados a los psicofármacos, exactamente igual que cuando nos planteamos cómo abordar cualquier enfermedad grave de carácter no psiquiátrico.

Es decir, en España se sigue apostando por el tratamiento más barato, el farmacológico, de ahí la importancia del presente estudio, a pesar de que otros países como el Reino Unido, basándose en la evidencia científica (NICE, 2011a 2011b), han cambiado ya claramente este modelo puramente biológico hacia un enfoque más psicológico y social, con un mayor peso de lo cognitivo y lo conductual y en el que las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser no sólo eficaces sino también eficientes. Estas recomendaciones señalan que los tratamientos de elección para los trastornos de ansiedad y depresión son las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, mientras que el tratamiento farmacológico no ha resuelto eficazmente un gran número de casos que han seguido este tratamiento durante varios años. Estas recomendaciones son recogidas en el informe, coordinado por el psicólogo clínico, jurídico y forense, Araña et al (2008a) que subrayan la propuesta del Reino Unido, donde el ejecutivo británico se había comprometido, entre otras medidas, a la contratación, en un periodo de 10 años, de más de 10.000 psicólogos dentro del National Health Service (NHS) y a la creación de centros de salud públicos especializados en tratamiento psicológico, hasta alcanzar un mínimo de un centro por cada 250.000 habitantes.

Finalmente, no se han encontrado estudios en la literatura nacional ni internacional acerca de la intervención farmacéutica en este colectivo, por lo que los resultados del presente estudio servirán para abrir un camino de actuación profesional del farmacéutico hacia las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral y que utilizan medicamentos y elaborar informes de seguimiento farmacoterapéutico del plan terapéutico instaurado, destinado a detectar, prevenir o intervenir ante la aparición de problemas potenciales o reales relacionados con los medicamentos (PRM) como son: duplicidad, interacciones, incumplimiento, etc. y las consecuencias, esto es, los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) a nivel de necesidad, efectividad y seguridad.

El acceso a esta información y la cesión de la misma, mediante acta formal de las asociaciones y consentimiento informado individual, fue esencial para este estudio, y para la firma de un convenio de colaboración con la Unitat de Farmàcia Clínica i Farmacoteràpia del Departament de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica de la Facultat de Farmàcia de la Universitat de Barcelona para la realización de un trabajo de Asesoramiento técnico, del cual ha surgido el presente proyecto de tesis doctoral.

OBJETIVO

3. OBJETIVO

El objetivo inicial del presente estudio planteaba analizar si era conveniente medicalizar a las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral como única forma de solucionar su patología mental. Ante la gravedad y perspectiva de este conflicto social, el propio análisis se convirtió en un intento de dar respuesta a este colectivo, trabajando dentro del equipo multidisciplinar que atiende al paciente, con el objetivo final de disponer de un diagnóstico diferencial acertado, un plan terapéutico que diera solución al cuadro clínico y un cumplimiento de los tratamientos, de forma que las actuaciones del MAP, psiquiatra, psicólogo, farmacéutico, fueran adecuadas para el restablecimiento social de la persona.

Así, el objetivo principal a la hora de investigar el acoso psicológico laboral desde el punto de vista de la actuación del farmacéutico como profesional de la salud y que el presente estudio se propuso fue:

- Análisis de la información de la prescripción de medicamentos para tratar las enfermedades, patologías, síntomas y signos que sufren las personas afectadas por acoso laboral, teniendo en cuenta el plan terapéutico instaurado,
- Intervención farmacéutica.
- Evaluación la intervención del farmacéutico con objeto de promover el uso más seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos utilizados en las personas afectadas por acoso laboral.

Como objetivos operacionales se incluyeron los siguientes:

- Analizar si el plan terapéutico instaurado a la población de estudio, por los MAP o psiquiatras, se correlacionaba con los diagnósticos o patologías definidas y recogidas en las fichas técnicas de los medicamentos autorizados por las agencias de medicamentos (española, AEMPS y/o europea, EMA) y comercializados.
- Examinar si la prescripción era acertada con las pautas, protocolos, estrategias, recomendaciones, expuestas en las guías de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, sobre el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad, sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico y, sobre la guía para el manejo del insomnio en el ámbito de la atención primaria, elaboradas todas ellas por el Ministerio de Sanidad, actualmente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Guías del MSSSI).

METODOLOGIA DEL ESTUDIO

4. METODOLOGIA

Diseño del estudio

Estudio observacional, longitudinal, basado en la revisión de historias clínicas informadas y con el plan terapéutico correspondiente y posterior intervención farmacéutica (seguimiento farmacoterapéutico).

Población de estudio y criterios de inclusión/exclusión

Personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral, que acudían voluntariamente a las asociaciones de víctimas de acoso psicológico laboral, escolar, sexual (para obtener ayuda y poder resolver el conflicto laboral que padecían), reconocidas como personas afectadas de acoso psicológico, por el psicólogo o constatado por otro informe médico, psiquiátrico o unidad de salud laboral, donde se registre un juicio detallado clínico y un plan terapéutico continuado.

El reconocimiento de persona afectada se realizaba mediante entrevista personal y exploración psicológica por el psicólogo referente de estas asociaciones, o constatada mediante otro informe médico, psiquiátrico o USL, donde se registraba un juicio detallado clínico y un plan terapéutico continuado. El psicólogo constataba el diagnóstico con aplicación de varias escalas neuropsicológicas: Escala de Beck, Escala Hamilton de ansiedad, Escala Hamilton de depresión, Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático de Echeburúa et al (1997), entrevista clínica estructurada CAPDS (escala para la determinación de trastorno por estrés post-traumático) y análisis de riesgos laborales mediante la evaluación del cuestionario de estrategias de acoso LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization), tanto en su versión original, como en la versión modificada por De Rivera (cuestionario de estrategias de acoso LIPT-60).

No se incluirán en el estudio aquellos casos donde no fue posible realizar el seguimiento farmacoterapéutico: documentación clínica y seguimiento insuficiente para determinar un diagnóstico clínico por diferentes motivos (por ejemplo, la pérdida de personas que no volvían a la asociación o desestimaban el proceso de ayuda farmacoterapéutica), y que no hayan recibido un tratamiento con unos criterios de calidad mínimos, esto es, recibir tratamiento medicamentoso durante al menos dos meses, haber visitado a un especialista en salud mental o cualquier otro médico al menos en 4 ocasiones y haber recibido un mínimo de 8 sesiones de al menos 30 min de duración de tratamiento psicológico, tal como recoge el informe, ciado de Araña et al (2008a).

Periodo de estudio

El período de seguimiento farmacológico realizado ha durado siete años (2006 hasta el 2012), y ha sido individual para cada paciente y según las propias circunstancias en las que se estaba desarrollando su proceso. Así no se estableció un período fijo, se recogía la información médica y farmacológica a cada paciente durante el período que duraba su conflicto

laboral hasta la resolución del acoso psicológico laboral. De esta forma, el período de seguimiento farmacoterapéutico se iniciaba en el momento que la persona acudía voluntariamente a las asociaciones de víctimas de acoso psicológico, seguía durante el período que duraba su conflicto laboral y hasta la reincorporación, desvinculación o el acceso a la situación de Incapacidad laboral permanente. El período de seguimiento farmacoterapéutico con recogida de datos coincidió por tanto con la media de la días de baja de ILT 413 días (algo más de 13 meses) (442 días en hombres y 395 días en mujeres).

Con relación a la intervención farmacoterapéutico, ésta se realizó de forma individual para cada paciente y variable según las propias circunstancias en las que se estaba

Por lo que se refiere a la recogida de información, únicamente se ha contemplado la medicación expedida en receta médica o la hoja del plan terapéutico, de reciente instalación en los CAP de Cataluña. La automedicación, por su dificultad de seguimiento, por su utilización a demanda, por tanto no pautada y a criterio subjetivo del paciente, ha quedado excluida de este trabajo.

Tal como se ha indicado una de las limitaciones del presente estudio es que de acuerdo con el vigente modelo categorial de asignación de enfermedades en psiquiatría se reconoce que muchos síntomas de las enfermedades son transversales (aparecen en diferentes patologías) y dimensionales, por tanto las indicaciones de los medicamentos aprobados se convierte en útil en los múltiples "trastornos" en que existan esos síntomas, aunque en las indicaciones citadas en las fichas técnicas de los fármacos utilizados no están autorizadas para dichas indicaciones (off the label) (Medrano et al, 2009).

El período de análisis se iniciaba en el momento que la víctima acudía voluntariamente a las asociaciones de acoso laboral, escolar y sexual citadas y finalizaba, abandonando la recogida de información, por reincorporación laboral, desvinculación de la empresa o por acceder la víctima a situación de IP. Como el 100 % de las personas en estudio se encontraban en situación de ILT o al poco tiempo la iniciaron se estableció como corte para recopilar los datos, la fecha de baja del paciente y se obtuvo el resto de datos mientras se realizaba el seguimiento farmacológico de cada víctima.

Fuentes de información

Para realizar la intervención farmacoterapéutica, las fuentes de información fueron los informes clínicos del MAP, psiquiatras, peritos psiquiatras, o de organismos oficiales de la Conserjería de Salud, como el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) o las Unidades de Salud Laboral. Además, se solicitó la información médica en poder de las personas, que los especialistas les habían entregado, sobre los cuales estos profesionales han podido establecer un juicio detallado clínico y un plan terapéutico continuado y emitir informe médico, psiquiátrico o, informe psicológico-laboral de las unidades de salud laboral.

Variables principales de valoración e instrumentos de medida

Se recogieron retrospectivamente los siguientes datos:

- Datos socio-demográficos: edad y sexo.
- Datos de actividad laboral: años trabajados en la empresa, sector laboral donde desarrollaba su trabajo, carácter público o privado del lugar de trabajo, y días de incapacidad laboral transitoria (ILT) y permanente (IP). Además se registrará información sobre: años que han sufrido la conducta hostil, tipo de acoso, prevalencia de la conducta hostil y los riesgos psicosociales que detectan los trabajadores.
- Patrón diagnóstico: según la 10 revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 o la clasificación DSM-IV, 2003 de la Sociedad Americana de Psiquiatría. Además se analizó entre las variables diagnóstico principal y años de padecimiento de la conducta hostil y con los días de ILT e IP;
- Establecimiento del diagnóstico en función al tipo de asistencia realizada y de acuerdo con los informes emitidos: atención primaria (AP), centro de salud mental adultos (CSMA), consultas externas (CCEE) de hospital especializado o urgencias, unidad de Salud Laboral o ICAM, otros centros de carácter público o privado.
- Patrón de prescripción que incluye todos los medicamentos prescritos desde el momento de acudir a cualquier asistencia por problemas laborales y la actual, así como la medicación concomitante. En ella se registrará: número de prescripciones realizadas por los MAP, psiquiatras y/o médicos de urgencias, nombre de los medicamentos prescritos (genérico o marca) y principio-s activo-s (DCI), motivo de prescripción, pauta posológica (dosis e intervalo posológico), duración del tratamiento, número de fármacos por paciente.
- Análisis del plan terapéutico instaurado, destinado a detectar, prevenir o intervenir ante la aparición de problemas potenciales o reales relacionados con los medicamentos (PRM).

Con relación a los instrumentos de medida:

- Promedio (y rango) de edad y porcentaje en función del sexo de los casos estudiados.
- Patrón diagnóstico de los MAP, psiquiatras de centros de salud mental de adultos o psiquiatras de urgencias.
- Patrón de prescripción por cada grupo de especialidad (MAP, psiquiatra, urgencias) descritos por el subgrupo terapéutico o

farmacológico de la clasificación ATC (*Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System*).

- Principios activos más prescritos y porcentajes de empleo. Información de las indicaciones recogidas en la GPT (2010) y descritas en las fichas técnicas de cada p.a. como herramienta básica de comparación. Valoración de la media de prescripciones por p.a. y de las coincidencias y modificaciones en la prescripción de los p.a. y como han afectado en la población de estudio. Cálculo del nº de personas que han recibido cada p.a, se instauró un criterio general, que consistía en reconocer dentro del criterio de reasignación tanto las coincidencias como el nº total de prescripciones de los 50 pacientes. Obtenido el nº de pacientes se calcula el nº de prescripciones por paciente, diferenciada por sexos. Elaboración de las tablas elaboradas para cada subgrupo para obtener datos de prescripción por especialista y % del principio activo por profesional sanitario.
- Correlación entre el diagnóstico o motivo de prescripción y las indicaciones autorizadas y recogidas en la ficha técnica del medicamento según el Centro de Información de Medicamentos (CIMA) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para obtener el porcentaje de medicamentos *off label* (prescripción fuera de las indicaciones autorizadas en sus correspondientes fichas técnicas). Además se establecerán el patrón de prescripción de medicamentos *off label*.
- Cumplimiento de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud en el ámbito nacional y/o autonómico: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto; Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria.

Aspectos éticos

En todos los casos se cuenta con la aceptación por parte de los pacientes de su consentimiento informado, otorgado de forma personal y libre, y también que las asociaciones mencionadas han informado a sus socios de la utilidad de este estudio, de la cesión de información para el estudio, recogiendo en un acta no sólo este acceso sino con la firma de un convenio de colaboración con la Unitat de Farmàcia Clínica i Farmacoteràpia del Departament de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica de la Facultat de Farmàcia de la Universitat de Barcelona para la realización de un trabajo de Asesoramiento técnico.

Este consentimiento informado fue un procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía de cada persona y reunió los elementos de voluntariedad, información y comprensión.

En el caso de que los sujetos de investigación sean *no autónomos o no competentes*, se deberá solicitar el consentimiento por sustitución a sus representantes, y a ser posible el asentimiento del sujeto. Siempre debe respetarse la decisión del sujeto a no ser que la investigación sea la única forma posible de proporcionarle una terapia a la que de otro modo no tendría acceso.

De ahí que todos los participantes el consentimiento informado fue válido y así se expresó individualmente y cuando asistían a las asambleas de la asociación, indicando claramente que se ha comprendido la información proporcionada.

La confidencialidad ha sido garantizada en todo caso. Cada sujeto tiene asignado un nº desde el inicio del estudio, el cual sólo lo conoce el investigador del estudio y siempre se utilizará en cualquier explotación de los datos. Se respeta la autonomía de los sujetos, al garantizar que no se revelen datos correspondientes a su persona. La libertad de un individuo para elegir el tiempo y circunstancias bajo las que, y sobre todo, el grado en que sus actitudes, creencias, conducta y opiniones son comunicadas u ocultadas a otros.

Finalmente, hemos de indicar que el presente estudio cuenta con la aprobación de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona, órgano al que fue presentado con objeto de verificar el cumplimiento de los aspectos éticos del mismo

RESULTADOS

5. RESULTADOS DEL ESTUDIO

De las 132 personas iniciaron el estudio se descartaron 82, donde no fue posible realizar el seguimiento farmacoterapéutico tal como se incluye en la metodología de trabajo, pudiendo registrar 50 con un seguimiento adecuado. No obstante, aunque de la muestra inicial no se incluyesen en los datos sanitarios de 82 personas si que se recabaron sus datos sociodemográficos por la importancia de los mismos para conocer el contexto socio-laboral general en qué se realiza el APT en nuestra sociedad. De la muestra inicial el 37.9% se registró adecuadamente.

El tiempo medio de inclusión en el estudio fue de 413 días (algo más de 13 meses) (442 días en hombres y 395 días en mujeres).

Al ser una muestra con una distribución tan dispersa, se usó la media como valor central y la mediana (percentil50) como valor central de agrupamiento. En cada subapartado se incluyen diferentes tablas que recogen la media y la mediana de la variable de la población de estudio. El color de las tablas nos indica población general (blanco), rosa (femenino), azul (masculino)

Pacientes. Edad y Género

En nuestro estudio se incluyeron un total de **50 pacientes** estando representadas edades comprendidas entre 27 y 60 años. La media y la mediana se informan en las tablas 4 y 5.

Tabla 4. Media de edad de la muestra

EDAD muestra	
	45.5
	44.3
	48.3

Tabla 5. Mediana de edad y percentiles de las personas incluidas en la muestra

	Percentil	Edad
Mujeres	p25	34
	p50	44
	p75	54
Hombres	p25	44
	p50	50
	p75	55
Totales	p25	39
	p50	47
	p75	54

Años de padecimiento de las conductas de hostigamiento psicológico sistemático en el trabajo.

La media y mediana de los años de padecimiento de las conductas hostiles sistemáticas en el trabajo se recogen en las tablas 6 y 7

Tabla 6. Media de los años de padecimiento de la conducta hostil de toda la población de estudio

Años padecimiento de la conducta hostil	
	4
	3.7
	4.6

Tabla 7. Mediana y percentiles de los años de padecimiento de mobbing de toda la población de estudio

Percentil	Años MOBBING
-----------	--------------

Mujeres	p25	2
	p50	3
	p75	5
Hombres	p25	2
	p50	5
	p75	6
Totales	p25	2
	p50	3
	p75	5

Finalmente, se ha de lamentar desgraciadamente que entre las 132 personas que fueron reclutadas inicialmente, como consecuencia de estas conductas se produjo un suicidio y tres personas realizaron intentos autolíticos (dos de ellas incluidas en la muestra del estudio). Por tanto se ha creído conveniente realizar en este punto un pequeño apunte sin entrar por lo espinoso del asunto en la discusión de los resultados.

La gravedad de los efectos del hostigamiento psicológico sistemático se puede expresar más intensamente en las observaciones que un número considerable de suicidios pueden tener sus raíces en acoso laboral (Leymann, 1996). Leymann en 1990 describió que entre los efectos a largo plazo una gran proporción entre el 10% y el 20% de las personas agredidas llega a contraer enfermedades graves o a suicidarse. Estimó que entre el 5% y el 16% (entre 1 de cada 6 y 1 de cada 15) del total de suicidios anuales registrados en Suecia se presentan por esta causa (en total unos 1.800 anuales) No existe evidencia firme de dichas observaciones y, además, según la literatura internacional el suicidio no obedece a una sola razón, sin embargo, el hecho de que hasta un 40% de los personas sometidas a APT en un gran encuesta de Noruega (Einarsen et al, 1994) declararon que no disponían en ese momento de la posibilidad material del intento de suicidio, debe hacer reflexionar sobre la gravedad que los efectos del hostigamiento /intimidación puede tener en los implicados.

Leymann calculó que el 15% de los suicidios en Suecia podrían ser directamente atribuidos al acoso psicológico en el lugar de trabajo. Aunque ningún otro investigador ha informado de una proporción tan dramática, otros han informado un aumento del riesgo de comportamiento suicida entre las víctimas de acoso psicológico laboral (Pompili et al, 2008).

En septiembre del 2009 apareció la alarma social en Francia. Una serie de suicidios concatenados en la empresa de telecomunicaciones y antiguo monopolio en el país galo France Telekom puso en alerta al gobierno francés, recogido en la prensa española (La Vanguardia 13-9-2009) (Ribé et al, 2011). El gobierno trató de buscar explicaciones a los suicidios y acabó argumentando que se trataban de hechos aislados. Posiblemente las personas que optaron por esa salida presentaban cierta vulnerabilidad caracterial. Sin embargo, responsabilizar a esta sería una forma de estigmatizar a la persona y actuar la ceguera ante un contexto sociolaboral nocivo (Ribé et al, 2011). ¿Qué querían transmitir con su acción? ¿Qué motivo les llevó a actuar a sí? ¿Cuál era el significado social o laboral de su acto?

En ocasiones, quien se suicida suele convocar a los miembros de su entorno para hacerles "ver" algo que no pueden percibir. Son mártires y emergentes de un sistema chamuscado o perjudicial que lastima a personas más sensibles y de forma exponencial, al resto del grupo. Sin embargo, no hace falta ser tan sensacionalista con el tema del suicidio, casi a diario y en entornos más cercanos, puede verse caer a compañeros que solicitan una tregua, en forma de ILT. Son gritos, gritos mudos - y eso es lo más triste- de desesperación ante situaciones y marcos socio-laborales desbordantes (Ribé et al, 2011).

Incapacidad Laboral Transitoria / Incapacidad Permanente

La media y mediana de la Incapacidad laboral Transitoria (ILT) se observan en las tablas 8 y 9

Tabla 8. Media de los días de ILT de toda la población de estudio

Días de ILT
414
391
444

Tabla 9. Duración del mobbing de la población total de estudio. Mediana y percentiles.

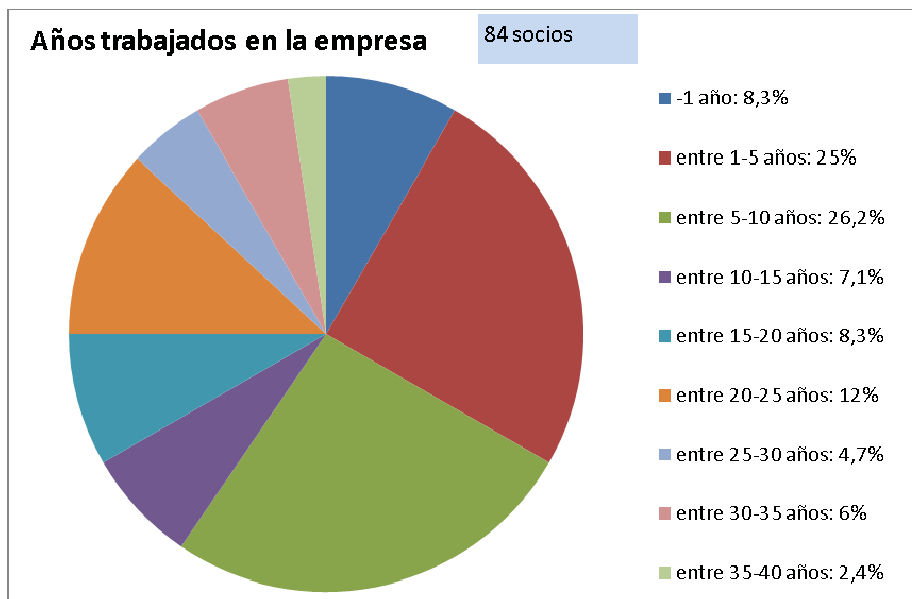
	Percentil	Meses	Días
Mujeres	p25	9	270
	p50	12	360
	p75	18	540
Hombres	p25	11	315
	p50	18	540
	p75	18	540
Totales	p25	9	270
	P50	15	435
	P75	18	540

Finalmente hay que destacar que de las 50 personas del estudio 13 se encuentran en situación de IP, 10 en IP absoluta, 2 en IP total y 1 en IP parcial (<33%). Por otro lado 2 personas más agotaron el período de 18 meses de ILT, de las cuales una se han reincorporado al trabajo al no serle admitida la IP y la otra en situación de desempleo, sin embargo por sentencia judicial se ratificó que su ILT era considerada como AT con motivo del APT al que fue sometida, recibiendo la indemnización correspondiente.

Años trabajados en la empresa. Tipos de acoso según el perfil laboral del acosador. Sector laboral donde se producen las conductas hostiles sistemáticas. Nivel que detectan los ocupados por factores de riesgo psicológicos percibidos en su puesto de trabajo

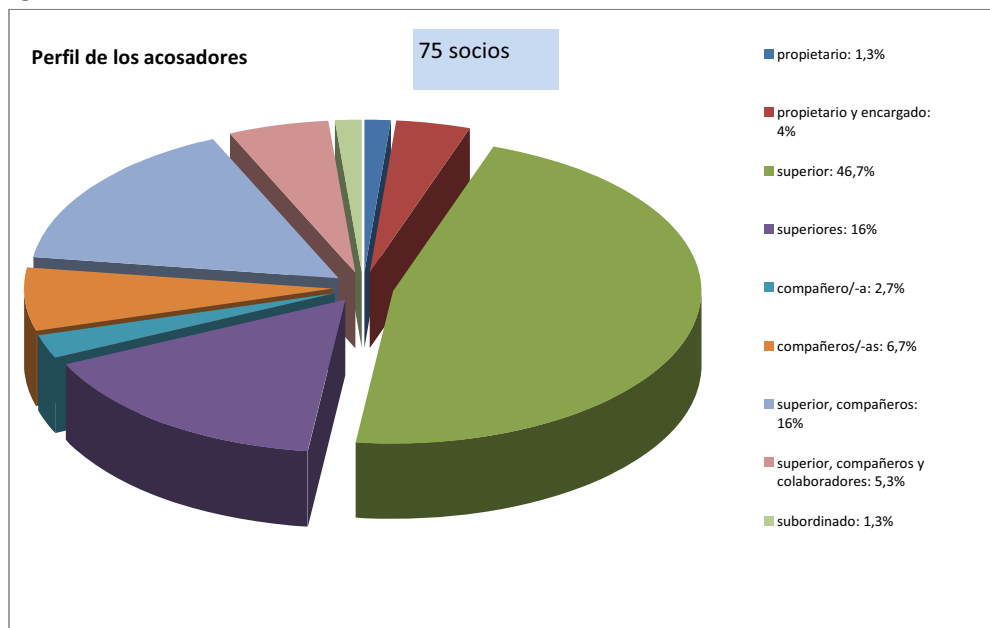
En la figura 1, se representan los años trabajados en la empresa por las víctimas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo que son socias de la asociación (84).

Figura 1. Años trabajados en la empresa



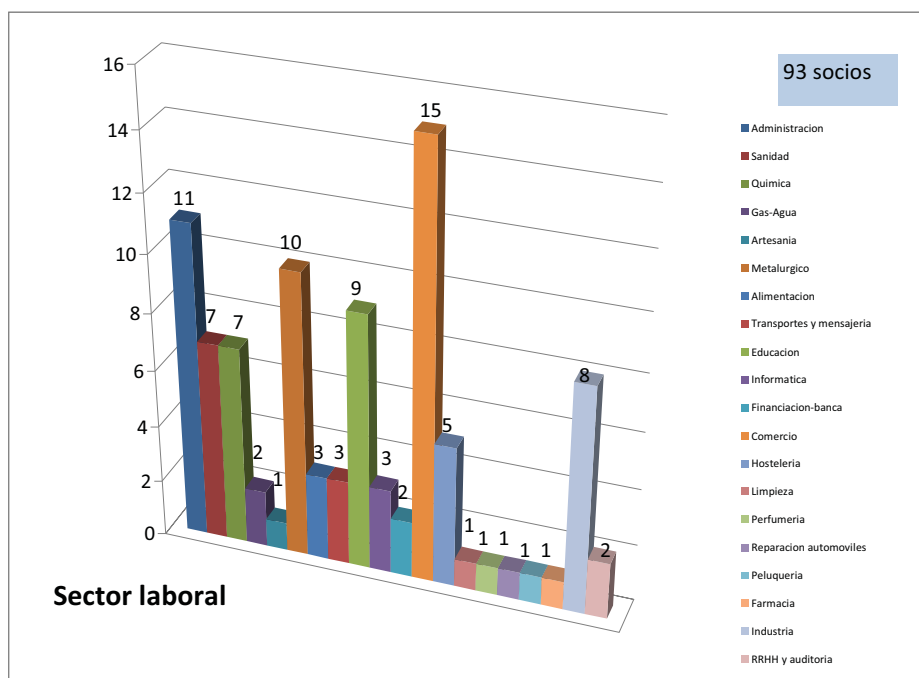
En la figura 2 se informan del perfil de los acosadores.

Figura 2. Perfil de los acosadores



En la figura 3 se agrupan en sectores laborales las empresas donde se produjeron las conductas hostiles sistemáticas sobre los datos recogidos de 93 socios:

Figura 3. Sector laboral donde se produjeron las conductas hostiles sistemáticas.



En cuanto a nuestra muestra se realizo un estudio diferenciado de trabajadores funcionarios o personal laboral pertenecientes a la Administración pública de Cataluña (tanto central como autonómica) (TAP), frente a personas que trabajaban en la empresa privada (TEP). La media y mediana de edad, años de mobbing sufridos y duración de la ILT expresada en meses y días recogidos de cada colectivo de trabajadores se expone en las tablas 10 y 11.

Tabla 10. Colectivo de TAP. Media de edad, duración del mobbing y de la ILT

TAP	Edad TAP	Años mobbing TAP	meses ILT TAP	Días ILT TAP
Totales	46.8	5	17.6	526.7
Mujeres	48.9	4.6	17	510
Hombres	44.8	5.4	18.1	543.3

Tabla 11. Colectivo de TAP. Medianas de edad, duración del mobbing y de la ILT

TAP	Percentil	Edad	Años MOBBING	Meses ILT	Días ILT
Mujeres	p25	44	3	12	360
	p50	53	4	18	540
	p75	55	5	18	540
Hombres	p25	39	5	15	450
	p50	47	6	18	540
	p75	50	7	18	540
Totales	p25	41	3	13	375
	p50	48	5	18	540
	p75	55	7	18	540

Patrón diagnóstico

Todas las personas incluidas en el estudio cumplen con los criterios de selección establecidos, que consisten en recibir tratamiento farmacológico durante al menos dos meses, haber visitado a un especialista en SM o cualquier otro médico al menos en 4 ocasiones y haber recibido un mínimo de 8 sesiones de al menos 30 minutos de duración de tratamiento psicológico, tal como recoge el informe que ha sido coordinado por el psicólogo clínico, jurídico y forense, Araña et al (2008).

En la práctica clínica de los profesionales sanitarios se detectó que existe una disparidad de criterios individuales para codificar los TM. La variabilidad ha sido alta pues actualmente los TM pueden ser codificados por dos sistemas: el de la CIE-10 y el de la CIE-9-MC (siendo éstos últimos los códigos que se han adoptado para la elaboración del DSM-IV). Sin embargo el estudio de los diagnósticos del presente trabajo se realizó teniendo en cuenta la codificación del CÓDIGO CIE-10 (WHO, 1992) (precedidos por una F). No obstante si el código utilizado por los profesionales sanitarios era el CÓDIGO CIE-9-MC (DSM IV) (entre corchetes []) se relacionaba con el anterior, de acuerdo con las equivalencias citadas por la Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (Ministerio de Ciencia e Innovación, Madrid. 2009) (anexo 26). Con relación al patrón diagnóstico, se desprenden los siguientes resultados:

1. Diagnósticos de los profesionales sanitarios que visitaron a las víctimas de hostigamiento psicológico laboral agrupados en diagnósticos y secciones del CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos.

En la tabla 12 se muestran los diagnósticos de categorización agrupados por secciones del CIE-10 y especialista, en la tabla 13 los diagnósticos de categorización agrupados por especialista y secciones del CIE-10 y en la tabla 14 los diagnósticos de categorización de los profesionales sanitarios según especialidad

Tabla 12. Diagnósticos de los profesionales sanitarios agrupados por secciones del CIE-10.

Secciones CIE 10	Nombre	MAP	%	Psiquiatras	%	Psiquiatra de URG	%	Total	%
F 40-48	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	182	38.8	253	54.1	33	7.1	468	52.8
F 30-39	Trastornos del humor (afectivos)	55	15.3	297	82.7	7	2	359	40.5
F 60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto			35	94.6	2	5.4	37	4.2
F 20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes			16	100			16	1.8
G 93	Síndrome de fatiga			4	100			4	0.4
959.9	Intentos de autolisis					2	100	2	0.2
F 50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Insomnio no orgánico	1	100					1	0.1
		238	26.8	605	68.2	44	5	887	100

Tabla 13. Secciones del CIE-10 agrupados por los diagnósticos de los profesionales sanitarios

Secciones CIE 10	Nombre	MAP	%	Psiquiatras	%	Psiquiatra de URG	%	Total
F 40-48	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	182	76.5	253	41.8	33	75	468
F 30-39	Trastornos del humor (afectivos)	55	23.1	297	49	7	15.9	359
F 60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto			35	5.8	2	4.5	37
F 20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes			16	2.7			16
G 93	Síndrome de fatiga			4	0.7			4
959.9	Intentos de autolisis					2	4.5	2
F 50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Insomnio no orgánico	1	0.4					1
		238	100	605	100	44	100	887

Tabla 14. Diagnósticos de categorización de los profesionales sanitarios según especialidad

CODIGO DIAGNOSTICO	Nombre	MAP	Psiquiatra	Psiquiatra URG	TOTAL	%
F 43.22	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión	79	68	15	162	18.3
F 32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	1	67		68	7.7
F 43.1	Trastorno de estrés Postraumático (TEPT)		67	1	68	7.7
F 41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	10	47	2	59	6.6
F 41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia	34	17	7	58	6.5
F 42.8	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	8	41		49	5.5
F 32.1	Episodio depresivo moderado		46		46	5.2
F 32.0	Episodio depresivo leve	8	34	3	45	5.1
F 41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	38		5	43	4.8
F 33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	17	23		40	4.5
F 33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	7	27		34	3.8
F 33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	1	29	2	32	3.6
F 32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos		22		22	2.5
F 32.9	Episodio depresivo inespecífico	18			18	2.0
F 60.9	Trastorno de la personalidad sin especificación		17		17	1.9
F 34.1	Distimia	2	14	1	17	1.9
F 31.4	Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos		16		16	1.8
F 32.9	Episodio depresivo sin especificación		15	1	16	1.8
F 29	Psicosis no orgánica sin especificación		10		10	1.1
F 60.31	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite		10		10	1.1
F 43.28	Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados	2	8		10	1.1
F 60.5	Trastorno anancástico de la personalidad		8	2	10	1.1
F 41.8	Otros Trastornos de ansiedad especificado	7		1	8	0.9
F 20.4	Depresión post-esquizofrénica		6		6	0.6
F 33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	1	4		5	0.5
F 43.21	Trastorno adaptativo. Reacción depresiva prolongada		3	2	5	0.5
G 93.3	Síndrome de fatiga postviral		4		4	0.4
F 43.20	Trastorno adaptativo. Reacción depresiva breve	1	2		3	0.3
F 43.0	Reacción de estrés agudo	3			3	0.3
959.9	Intento de autolisis			2	2	0.2
F 51.0	Insomnio no orgánico	1			1	0.1
		238	605	44	887	100

La evolución clínica de las víctimas de APT según el criterio De Rivera (2011) transcurre por 5 estadios en correspondencia entre los estadios clínicos y fases organizativas del desarrollo del APT, modificada de acuerdo con el criterio del psicólogo Puig que propone un intercambio de los estadios 3 y 4 tal como se ha descrito al inicio de este apartado. En referencia al estadio 5, la evolución crónica del APT puede desarrollar diferentes tipos de estado según De Rivera (2011) de negación, depresivo, hostil-paranoide, psicossomático, mixto. Leymann (1992a) y Piñuel (2001) describieron tras el proceso de APT cambios, trastornos o transformaciones de la personalidad de la víctima de forma permanente, a consecuencia de una experiencia traumática (TEPT) o por enfermedad psiquiátrica. El APT que padecían estas personas podía cronificarse a cambios de personalidad permanente predominando 3 tipos: obsesión, depresión o renuncia. El CIE-10 y el DSM-IV (APA, 2003) establecen que el TEPT en su fase crónica podía desembocar en un cambio de personalidad permanente. Sin embargo este estadio frecuentemente ha sido diagnosticado erróneamente como trastorno adaptativo ansioso-depresivo. Sin embargo, una vez estabilizado el daño psíquico causado por el acoso, se convierte en un trastorno grave, altamente incapacitante, que tiende a seguir un desarrollo crónico y resistente al tratamiento.

Por consiguiente, para la valoración de este estadio 5 según la categorización descrita de los problemas psiquiátricos que muchos trabajadores acosados describen en su lugar de trabajo, descritos y reconocidos en la literatura internacional por los autores anteriormente citados, se describen en el anexo 22 los

criterios diagnósticos de la CIE-10 (WHO, 1992) para describir los cambios, trastornos o transformaciones de la personalidad.

El presente estudio teniendo en cuenta esta propuesta ha ubicado los diagnósticos en los diferentes estadios siguiendo los algoritmos expuestos en los anexos y la clínica de la CIE-10 (WHO, 1992). Así el estadio 1 contempla el trastorno adaptativo (ADAP) en todas sus versiones, el insomnio inorgánico y la fatiga. El estadio 2 incorpora el trastorno de ansiedad (ANS), el TAG y el episodio depresivo (ED) hasta el moderado, el estadio 3 por su elevado grado de comorbilidad incluye el TEPT y el ED grave sin síntomas psicóticos, el estadio 4 contempla todos los tipos de TDM, y el estadio 5 la clínica crónica producida por el APT con los diagnósticos de TDM graves con síntomas psicóticos, los trastornos de la personalidad de tipo paranoide, esquizoide, e impulsivo (hostil) descritos por De Rivera (2011), los trastornos anancástico (obsesivo-compulsivo) y ansioso (con conducta de evitación) descritos por Leymann (1992a) y Piñuel (2001), y finalmente las transformaciones persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (como consecuencia de un TEPT) o tras enfermedad psiquiátrica (a consecuencia de un TDM cómorbid). Todos estos trastornos o transformaciones de la personalidad serán abreviados en este estudio como TTP. Los resultados obtenidos siguiendo estos criterios fueron (tablas 15 y 16).

Tabla 15. Estadios de la clínica atribuida a las víctimas de APT por De Rivera (2011) modificada, según los diagnósticos de los especialistas.

Estadios	MAP	%	Psiquiatras	%	Psiquiatra de URG	%	Total	%
1	83	34.9	102	16.8	17	38.6	202	23.7
2	118	49.6	142	23.5	20	45.5	280	31.6
3	1	0.4	134	22.2	1	2.3	136	15.3
4	11	4.6	74	12.2	2	4.5	87	9.8
5	25	10.5	153	25.3	4	9.1	182	20.5
	238	100	605	100	44	100	887	100

Tabla 16. Diagnóstico de cada especialista según los estadios de la clínica atribuida a las víctimas de APT por De Rivera (2011) modificada

Estadios	MAP	%	Psiquiatras	%	Psiquiatra de URG	%	Total
1	83	41.1	102	50.5	17	8.4	202
2	118	42.1	142	50.7	20	7.2	280
3	1	0.7	134	98.6	1	0.7	136
4	11	12.7	74	85	2	2.3	87
5	25	13.7	153	84.1	4	2.2	182
	238	26.8	605	68.2	44	5	887

2. Diagnósticos de los MAP que visitaron a las víctimas de hostigamiento psicológico laboral agrupados en diagnósticos y secciones del CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos.

En la tabla 17 se exponen los diagnósticos totales categorizados por los MAP agrupados por secciones del CIE-10 y en la tabla 18 se exponen los diagnósticos totales categorizados por los MAP en valores absolutos y relativos

Tabla 17. Diagnósticos de los MAP agrupados por secciones del CIE-10.

Secciones Diagnósticos CIE 10	Nombre	Número	%
F 40-48	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	182	76.5
F 30-39	Trastornos del humor (afectivos)	55	23.1
F 50-59	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Insomnio no orgánico	1	0.4
		238	100

Tabla 18. Diagnósticos de los MAP según CIE-10 en valores absolutos y relativos.

CODIGO DIAGNOSTICO	Nombre	Número	%
F 43.22	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión	79	33.2%
F 41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	38	16%
F 41.0	Trastorno de pánico sin agorafobia	34	14.3%
F 32.9	Episodio depresivo inespecífico	18	7.6%
F 33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	17	7.1%
F 41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	10	4.2%
F 42.8	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	8	3.4%
F 32.0	Episodio depresivo leve	8	3.4%
F 41.8	Otros Trastornos de ansiedad especificado	7	2.9%
F 33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	7	2.9%
F 43.0	Reacción de estrés agudo	3	1.3%
F 34.1	Distimia	2	0.8%
F 43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad.	2	0.8%
F 51.0	Insomnio no orgánico	1	0.4%
F 43.20	Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	1	0.4%
F 33.4	Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión	1	0.4%
F 33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	1	0.4%
F 32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	1	0.4%
		238	100%

En las figuras 4 y 5 se exponen los diagnósticos más importantes de los **MAP** con codificación CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos

Figura 4. Diagnósticos de los MAP en valores absolutos

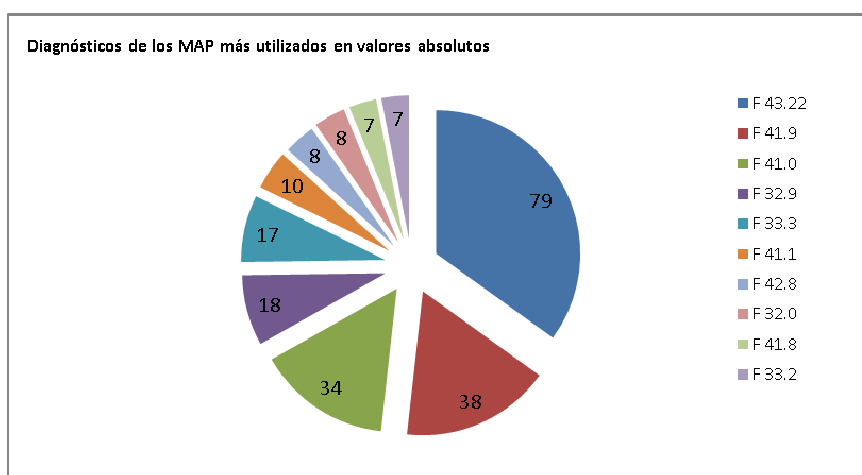
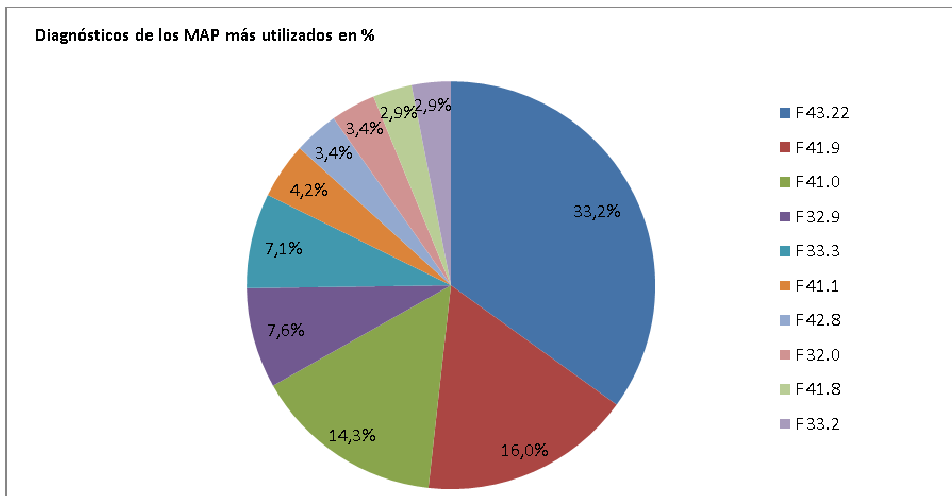


Figura 5. Diagnósticos de los MAP en valores relativos



3. Diagnósticos de los PSIQUIATRAS que visitaron a las víctimas de hostigamiento psicológico laboral agrupados en diagnósticos y secciones del CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos.

En la tabla 19 se muestra los diagnósticos de los psiquiatras agrupados por secciones del CIE-10. En la tabla 20 se describen los diagnósticos de los psiquiatras según CIE-10 en valores absolutos y relativos.

Tabla 19. Diagnósticos de los psiquiatras agrupados por secciones del CIE-10.

Secciones CIE 10	Nombre	Número	%
F 30-39	Trastornos del humor (afectivos)	297	49
F 40-48	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	253	41.8
F 60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	35	5.8
F 20-29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	16	2.7
G 93	síndrome de fatiga	4	0.7
		605	100

Tabla 20. Diagnósticos de los psiquiatras según CIE-10 en valores absolutos y relativos.

CODIGO DIAGNOSTICO	Nombre	Número absoluto	%
F 43.22	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión	68	11.2%
F 32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	67	11.1%
F 43.1	Trastorno de estrés Postraumático (TEPT)	67	11.1%
F 41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	47	7.8%
F 32.11	Episodio depresivo moderado	46	7.6%
F 42.8	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	41	6.8%
F 32.0	Episodio depresivo leve	34	5.6%
F 33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	29	4.8%
F 33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	27	4.5%
F 33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	23	3.8%
F 32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	22	3.6%
F 41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia	17	2.8%
F 60.9	Trastorno de la personalidad sin especificación	17	2.8%
F 31.4	Trastorno Bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos	16	2.6%
F 32.9	Episodio depresivo sin especificación	15	2.5%
F 34.1	Distimia	14	2.3%

F 29	Psicosis no organica sin especificación	10	1.7%
F 60.31	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite	10	1.7%
F 43.28	Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados	8	1.3%
F 60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	8	1.3%
F 20.4	Depresión post-esquizofrénica	6	1%
F 33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	4	0.7%
G 93.3	Síndrome de fatiga postviral	4	0.7%
F 43.21	Trastorno adaptativo. Reacción depresiva prolongada	3	0.5%
F 43.20	Trastorno adaptativo. Reacción depresiva breve	2	0.3%
		605	100

En las figuras 6 y 7 se exponen los diagnósticos más importantes de los psiquiatras con codificación CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos

Figura 6. Diagnósticos de los psiquiatras en valores absolutos

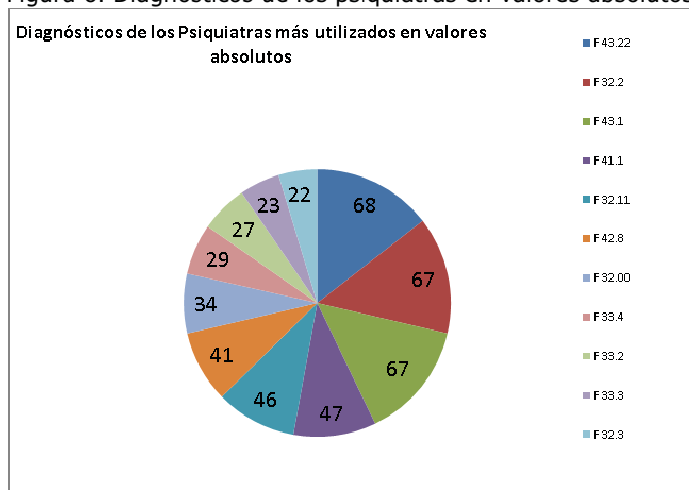
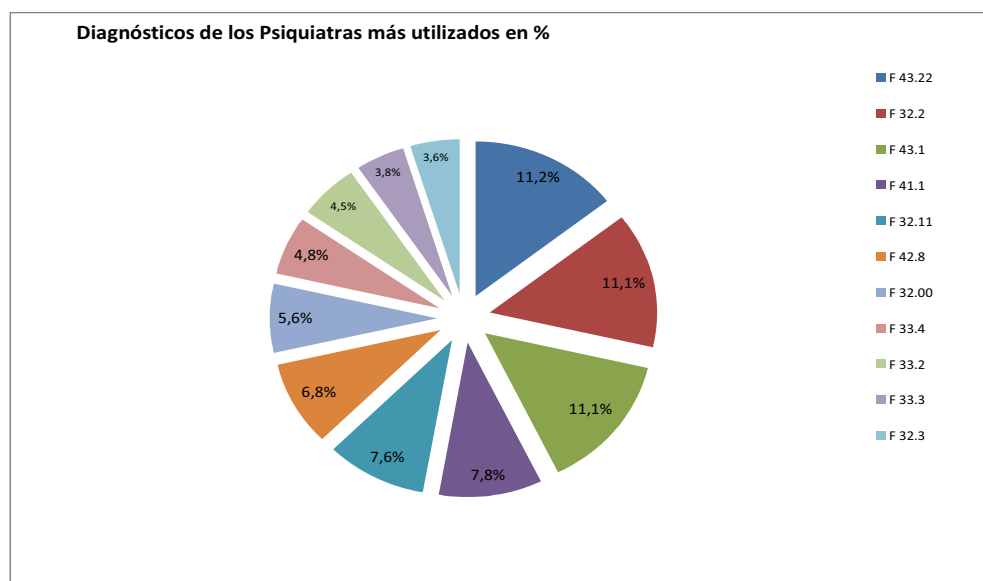


Figura 7. Diagnósticos de los psiquiatras en valores relativos.



4. Diagnósticos de los Psiquiatras de Urgencias que visitaron a las víctimas de hostigamiento psicológico laboral agrupados en diagnósticos y secciones del CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos.

En las tabla 21 se muestra los diagnósticos de los psiquiatras URG agrupados por secciones del CIE-10. En la tabla 22 se describen los diagnósticos de los psiquiatras URG según CIE-10 en valores absolutos y relativos.

Tabla 21. Diagnóstico de los psiquiatras de URG agrupados por secciones del CIE-10.

Secciones CIE 10	Nombre	Número	%
F 40-48	Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	33	75
F 30-39	Trastornos del humor (afectivos)	7	16
F 60-69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	2	4.5
959	Intentos autolíticos	2	4.5
		44	100

Tabla 22. Diagnósticos de los psiquiatras de URG según CIE-10.

CODIGO DIAGNOSTICO	Nombre	URGENCIAS	% URGENCIAS
F 43.22	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión	15	34.1
F 41.0	Trastorno de pánico sin agorafobia	7	15.9
F 41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	5	11.4
F 32.00	Episodio depresivo leve	3	6.8
F 33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	2	4.5
F 41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	2	4.5
F 43.21	Trastorno adaptativo. Reacción depresiva prolongada	2	4.5
F 60.5	Trastorno anancástico de la personalidad	2	4.5
959.9	Intento de autolisis	2	4.5
F 32.9	Episodio depresivo sin especificación	1	2.3
F 34.1	Dístimia	1	2.3
F 41.8	Otros Trastornos de ansiedad especificados.	1	2.3
F 43.1	Trastorno de estrés Posttraumático (TEPT)	1	2.3
Total		44	100

En las figuras 8 y 9 se exponen los diagnósticos más importantes de los psiquiatra URG con codificación CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos

Figura 8. Diagnósticos de los Psiquiatras de urgencias en valores absolutos

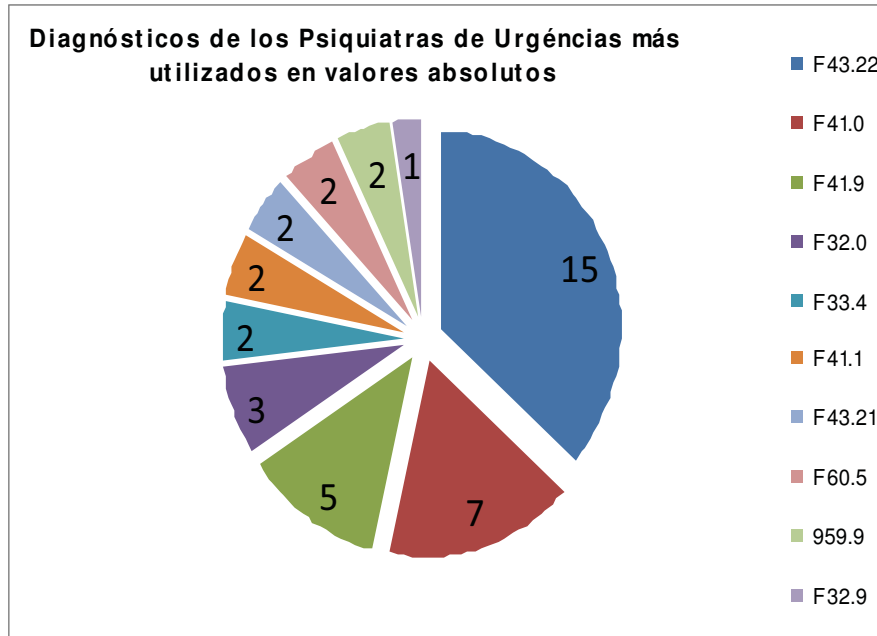
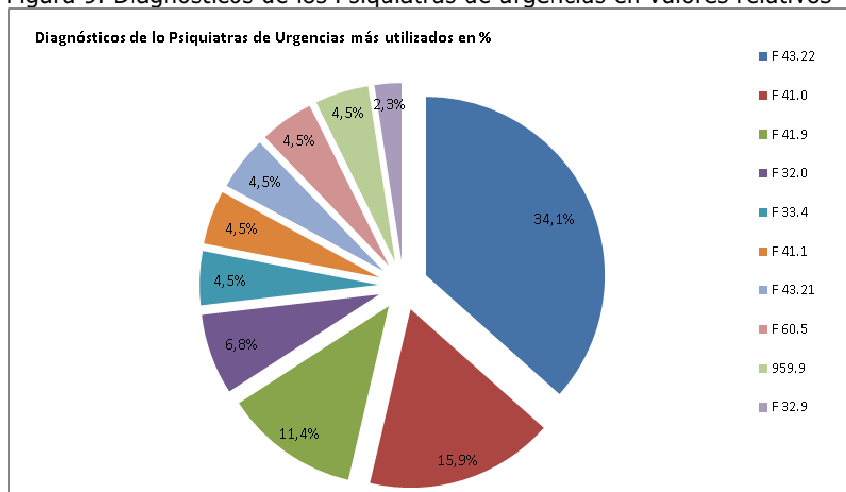


Figura 9. Diagnósticos de los Psiquiatras de urgencias en valores relativos



Patrón de prescripción

Las preguntas a contestar del presente estudio sobre la medicación prescrita a las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral serán:

¿Cuáles son los principios activos y, subgrupo terapéutico o farmacológico de la clasificación ATC (*Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System*) más prescritos a las personas víctimas afectadas de comportamientos y/o conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral?

¿Cuáles son los principios activos y, subgrupo terapéutico o farmacológico de la clasificación ATC (*Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System*) más prescritos por los médicos de atención primaria a este colectivo?

¿Cuáles son los principios activos y, subgrupo terapéutico o farmacológico de la clasificación ATC (*Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System*) más prescritos por los psiquiatras a este colectivo?

Clasificación ATC nivel 3

En la tabla 23 se muestra la clasificación ATC nivel 3 de las prescripciones de los grupos terapéuticos pautadas a las víctimas de APT.

Tabla 23. Clasificación ATC nivel 3. Prescripciones de los grupos terapéuticos pautados a las víctimas de APT.

Clasificación ATC nivel 3	prescripciones TOTALES	prescripciones en %
N06A - ANTIDEPRESIVOS	391	43.1
N05B - ANSIOLÍTICOS	267	29.4
N05A - ANTIPSICÓTICOS	75	8.3
N05C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES	68	7.5
N03A - ANTIEPILÉPTICOS	29	3.2
A02B - AGENTES CONTRA LA ÚLCERA PÉPTICA Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE/GORD)	15	1.7
N02C - PREPARADOS ANTIMIGRAÑOSOS	13	1.5
M01A - PRODUCTOS ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS NO ESTEROIDEOS	12	1.3
C07E - AGENTES BETA-BLOQUEANTES Y VASODILATADORES	7	0.8
N02B - OTROS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS	6	0.7
M01A - Productos antiinflamatorios y antirreumaticos no esteroideos	3	0.3
C10A - AGENTES MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS, MONOFÁRMACOS	3	0.3
D06B - QUIMIOTERÁPICOS PARA USO TÓPICO	3	0.3
H02A - CORTICOSTEROIDES PARA USO SISTÉMICO, MONOFÁRMACOS	2	0.2
J05A - ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA	2	0.2
R03A - ADRENÉRGICOS, INHALATORIOS	2	0.2
A07B - ADSORBENTES INTESTINALES	2	0.2
J01D - OTROS ANTIBACTERIANOS BETALACTÁMICOS	1	0.1
A06A - LAXANTES	1	0.1
A04A - ANTIEMÉTICOS Y ANTINAUSEOSOS	1	0.1
A10B - FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES EXCLUYENDO INSULINAS	1	0.1
A11H - OTROS PREPARADOS DE VITAMINAS, MONOFÁRMACOS	1	0.1
C08C - BLOQUEANTES SELECTIVOS DE CANALES DE CALCIO CON EFECTOS PRINCIPALMENTE VASCULARES	1	0.1
N04A - AGENTES ANTICOLINÉRGICOS	1	0.1
R03B - OTROS AGENTES CONTRA PADECIMIENTOS OBSTRUCTIVOS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS, INHALATORIOS	1	0.1

TOTAL	909	100%
-------	-----	------

Prescripción en términos generales:

El número total de prescripciones de principios activos, fue de 909, que repartidos entre los 50 participantes del estudio, arrojan una media de 18.2 prescripciones por paciente. Se prescribieron principios activos de un total de 25 grupos terapéuticos. De los cuales destaca la prescripción de 849 (93.4%) del sistema nervioso, seguida del aparato locomotor con un 1.7% y en tercer lugar el cardiovascular con un 1.2%. Se expone más adelante dos tablas desglosadas la clasificación anatómica N. Sistema Nervioso por grupo terapéutico y especialista por su elevado % y por ser el objetivo del estudio.

La duración media del tratamiento fue de 413 ± 31 días. La mediana del tratamiento fue de 435 días (360 en mujeres y 510 en hombres)

Los 13 pacientes con Incapacidad Permanente tomaban la medicación con carácter crónico. Las 2 personas que agotaron el período de 18 meses de ILT, una reincorporada al trabajo y la otra en situación de desempleo también tomaban la medicación de forma crónica

Prescripción por especialistas

Los resultados del total de prescripción en función del especialista se muestran en la tabla 24

Tabla 24. Nº total de prescripciones desglosado por los especialistas que atendieron a las víctimas de APT por especialista.

	MAP	%	Psiquiatra	%	URG	%	USL	%	neurologo	%	TOTAL
Nº TOTAL de PRESCRIPCIONES	246	27.1	572	62.9	48	5.3	10	1.1	33	3.6	909

En la tabla 25 y 26 se muestran las prescripciones de los grupos terapéuticos del sistema anatómico N. Sistema Nervioso desglosada por especialista de los subgrupos terapéuticos

Tabla 25. Prescripción de los grupos terapéuticos del sistema anatómico N. Sistema Nervioso desglosada por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	Neurólogo,	%	TOTAL POR GRUPO TERAPÉUTICO
N06A - ANTIDEPRESIVOS	96	41.9	270	49.3	13	31.7	4	40	8	38.1	391
N05B - ANSIOLÍTICOS	96	41.9	144	26.3	18	43.9	4	40	5	23.8	267
N05A - ANTIPSICÓTICOS	5	2.2	66	12	4	9.8					75
N05C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES	22	9.7	41	7.5	3	7.3	2	20			68
N03A - ANTIEPILÉPTICOS	4	1.7	23	4.2					2	9.5	29
N02C - PREPARADOS ANTIMIGRAÑOSOS	4	1.7	3	0.5					6	28.6	13
N02B - OTROS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS	2	0.9	1	0.2	3	7.3					6
TOTAL POR ESPECIALISTA	229	100	548	100	41	100	10	100	21	100	849

Tabla 26. Prescripción de los grupos terapéuticos del sistema anatómico N. Sistema Nervioso ordenada por el total de cada grupo terapéutico y por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	Neurólogo	%	TOTAL POR GRUPO TERAPÉUTICO	%
N06A - ANTIDEPRESIVOS	96	24.5	270	69.1	13	3.3	4	1	8	2.1	391	46.1
N05B - ANSIOLÍTICOS	96	36	144	54	18	6.7	4	1.5	5	1.9	267	31.5
N05A - ANTIPSICÓTICOS	5	6.7	66	88	4	5.3					75	8.8
N05C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES	22	32.4	41	60.3	3	4.4	2	2.9			68	8
N03A - ANTIEPILEPTICOS	4	13.8	23	79.3					2	6.9	29	3.4
N02C - PREPARADOS ANTIMIGRAÑOSOS	4	30.8	3	23.1					6	46.1	13	1.5
N02B - OTROS ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS	2	33.3	1	16.7	3	50					6	0.7
TOTAL POR ESPECIALISTA	229	27	548	64.6	41	4.8	10	1.2	21	2.5	849	100

Clasificación ATC nivel 4

En la tabla 27 se muestran las prescripciones de los subgrupos terapéuticos pautadas a las víctimas de APT. Clasificación ATC nivel 4.

Tabla 27. Prescripciones de los subgrupos terapéuticos pautadas a las víctimas de APT. Clasificación ATC nivel 4.

Clasificación ATC4	Prescripciones totales	Prescripciones en %
N05BA - Derivados de la benzodiazepina	268	29.3
N06AX - Otros antidepresivos	200	22.1
N06AB - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	174	19.2
N05AH - Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	59	6.5
N05CD - Derivados de la benzodiazepina	43	4.7
N05CF - Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	25	2.7
N03AE - Derivados de la benzodiazepina	18	2
N06AA - Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas	17	1.9
A02BC - Inhibidores de la bomba de protones	14	1.5
N02CC - Agonistas selectivos de serotonina (5-HT1)	13	1.4
N05AX - Otros antipsicóticos	12	1.3
M01AE - Derivados del ácido propiónico	8	0.9
C07EA - Agentes beta bloqueantes no selectivos y vasodilatadores	7	0.8
N03AG - Derivados de los ácidos grasos	5	0.6
N03AX - Otros antiepilépticos	4	0.4
M01AB - Derivados del ácido acético y sustancias relacionadas	4	0.4
N02BB - Pirazolonas	3	0.3
N02BE - Anilidas	3	0.3
C10AA - Inhibidores de la HMG CoA reductasa	3	0.3
N05AA - Fenotiazinas con cadena lateral alifática	2	0.2
N03AF - Derivados de la carboxamida	2	0.2
A02AD - Combinaciones y complejos de compuesto de aluminio, calcio y magnesio	2	0.2
D06BB - Antivirales	2	0.2
H02AB - Glucocorticoides	2	0.2
J05AB - Nucleósidos y nucleótidos, excluyendo inhibidores de la transcriptasa reversa	2	0.2
R03AC - Agonistas selectivos de receptores beta-2 adrenérgicos	2	0.2

N05AL - Benzamidas	1	0.1
N05AE - Derivados del indol	1	0.1
A02BA - Antagonistas del receptor H2	1	0.1
M01AX - Otros agentes antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos	1	0.1
M01AB - Derivados del ácido acético y sustancias relacionadas	1	0.1
M01AH - Coxibs	1	0.1
A02AX - Otras combinaciones con antiácidos	1	0.1
A04AD - Otros antieméticos	1	0.1
A06AD - Laxantes osmóticos	1	0.1
A07BA - Preparados con carbón	1	0.1
A10BD - Combinaciones de fármacos hipoglucemiantes orales	1	0.1
A11HA - Otros preparados de vitaminas, monofármacos	1	0.1
C08CA - Derivados de la dihidropiridina	1	0.1
N04AA - Aminas terciarias	1	0.1
R03BA - Glucocorticoides	1	0.1
	909	100

Se han prescrito principios activos de un total de 41 subgrupos terapéuticos.

De los 15 subgrupos pertenecen al sistema anatómico N. Sistema Nervioso se detectan los siguientes resultados.

Subgrupos del NO6A Antidepresivos

En las tablas 28 y 29 se muestran la prescripción por especialistas de los subgrupos terapéuticos del NO6A AD agrupada por especialista y ordenada por el total de cada subgrupo terapéutico y por especialista.

Tabla 28. Prescripción de los subgrupos terapéutico del NO6A Antidepresivos (AD) desglosada por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	neurólogo	%	TOTAL NO6A
N06AX - Otros antidepresivos	17	17.7	178	65.9	2	15.4			3	37.5	200
N06AB - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	77	80.2	85	31.5	6	46.1	4	100	2	25	174
N06AA - Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas	2	2.1	7	2.6	5	38.5			3	37.5	17
N06A - ANTIDEPRESIVOS	96	100	270	100	13	100	4	100	8	100	391

Tabla 29. Prescripción de los subgrupos terapéutico del NO6A Antidepresivos (AD) ordenada por el total de cada subgrupo terapéutico y por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	neurólogo	%	TOTAL NO6A	%
N06AX - Otros antidepresivos	17	8.5	178	89	2	1			3	1.5	200	51.2
N06AB - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	77	44.3	85	48.9	6	3.4	4	2.3	2	1.1	174	44.5
N06AA - Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas	2	11.8	7	41.2	5	29.4			3	17.7	17	4.3
N06A - ANTIDEPRESIVOS	96	24.6	270	69	13	3.3	4	1	8	2.1	391	100

Subgrupo del NO5B Ansiolíticos

En las tabla 30 se muestran la prescripción por especialistas del subgrupo terapéutico del NO5B ANS del subgrupo terapéutico.

Tabla 30. Prescripción del grupo terapéutico NO5BA Antidepresivos desglosada por sus subgrupos y por especialista

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	neurólogo	%	TOTAL POR GRUPO TERAPÉUTICO
N05BA - Derivados de la benzodiazepina	96	36	144	53.9	18	6.7	4	1.5	5	1.9	267

Subgrupos del NO5A Antipsicóticos

En las tablas 31 y 32 se muestran la prescripción por especialistas de los subgrupos terapéuticos del NO5A APS agrupada por especialista y ordenada por el total de cada subgrupo terapéutico y por especialista.

Tabla 31. Prescripción de los subgrupos terapéutico del NO5A Antipsicótico (AP) desglosada por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	TOTAL NO5A
N05AH - Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	1	20	55	83.3	3	75	59
N05AX - Otros antipsicóticos	2	40	9	13.7	1	25	12
N05AA - Fenotiazinas con cadena lateral alifática	1	20	1	1.5			2
N05AL - Benzamidas	1	20					1
N05AE - Derivados del indol			1	1.5			1
N05A - ANTIPSICÓTICOS	5	100	66	100	4	100	75

Tabla 32. Prescripción de los subgrupos terapéuticos del NO5A Antipsicóticos (AP) ordenada por el total de cada subgrupo terapéutico y por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	TOTAL NO6A	%
N05AH - Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas	1	1.7	55	93.2	3	5.1	59	78.7
N05AX - Otros antipsicóticos	2	16.7	9	75	1	8.3	12	16
N05AA - Fenotiazinas con cadena lateral alifática	1	50	1	50			2	2.7
N05AL - Benzamidas	1	100					1	1.3
N05AE - Derivados del indol			1	100			1	1.3
N05A - ANTIPSICÓTICOS	5	6.7	66	88	4	5,33	75	100

Subgrupos del NO5C Hipnóticos y sedantes

En las tablas 33 y 34 se muestran la prescripción por especialistas del grupo terapéutico del NO5C HS agrupada por especialista y ordenada por cada subgrupo terapéutico y por especialista.

Tabla 33. Prescripción de los subgrupos terapéuticos NO5C Hipnóticos y sedantes (HS) desglosada especialista

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	TOTAL
N05CD - Derivados de la benzodiazepina	13	59.1	27	66	3	100			43
N05CF - Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	9	40.9	14	34			2	100	25
	22	100	41	100	3	100	2	100	68

Tabla 34. Prescripción de los subgrupos terapéuticos del NO5C Hipnóticos y sedantes (HS) ordenada por el total de cada subgrupo terapéutico y por especialista.

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	TOTAL NO5C	%
N05CD - Derivados de la benzodiazepina	13	30	27	63	3	7			43	63.2
N05CF - Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	9	36	14	56			2	8	25	36.8
NO5C Hipnóticos y sedantes	22	32.3	41	60.3	3	4.4	2	3	68	100

Subgrupos del NO3A Antiepilépticos

En este subgrupo destacó el uso clonazepam dentro del subgrupo N03AE (62% del total del subgrupo). La indicación para estos pacientes no estaba justificada (no había ningún paciente con epilepsia), pues su utilización fue como hipnótico y no como antiepiléptico (indicación autorizada). Fue el p.a. más pautado con un 60.9% por parte de los psiquiatras. Los MAP prescriben el 100% con este subgrupo N03AE siendo el principio activo prescrito clonazepam. En general la prescripción del grupo NO3A se focalizó claramente en los psiquiatras con un 79.3% del total.

En las tabla 35 se muestra la prescripción por especialistas del grupo terapéutico NO3A Antiepilépticos agrupada por especialista y por subgrupo.

Tabla 35. Prescripción del grupo terapéutico NO3A Antiepilépticos desglosada por sus subgrupos y por especialista

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	neurólogo	%	TOTAL	%
N03AE - Derivados de la benzodiazepina	4	100,	14	60.9			18	62
N03AG - Derivados de los ácidos grasos			4	17.4	1	50	5	17.2
N03AX - Otros antiepilepticos			3	13.1	1	50	4	13.8
N03AF - Derivados de la carboxamida			2	8.7			2	7
NO3A - ANTIEPILEPTICOS	4	13.8	23	79.3	2	7	29	100

Clasificación ATC nivel 5

Una vez finalizado el estudio de los subgrupos terapéuticos se pasó a analizar el uso de los principios activos. De esta forma se pudo obtener un conocimiento del perfil terapéutico de cada profesional sanitario.

Prescripciones en términos generales

El número total de principios activos pautados a las víctimas de APT ha sido de 67, que dividido por los 50 participantes en la investigación hacen un total de 1.34 principio activo por paciente.

Cada principio activo se ha prescrito de media 13.6 veces (máximo número 97 mínimo de 1)

El número total de principios activos utilizados como psicofármacos es de 38, desglosados en 14 de N06A, 8 de N05B, 7 de N05A, 4 de N05C y 5 de N03A. El porcentaje de principios activos utilizados como psicofármacos sobre el total de principios activos utilizados es de 56.7%.

El nº total de prescripciones de psicofármacos es de 830, que representa el 91.3% del total de prescripciones.

☑ El nº total de prescripciones de los grupos terapéuticos NO6A AD, NO5B ANS, NO5A APS y NO5C HS es de 801 que representa el 88.1% del total de prescripciones, para un total de 33 principios activos (promedio sobre el total de principios activos es de 49.3%).

☑ El promedio de prescripción de los 33 principios activos de los grupos terapéuticos NO6A AD, NO5B ANS, NO5A APS y NO5C HS teniendo en cuenta la totalidad de la prescripción es de 24.3.

Del análisis de los principios activos por especialista destaca que los psiquiatras han prescrito el 63%, los MAP un 27%, los psiquiatras de URG un 5.3%, los neurólogos u otros especialistas un 3.6, y las USL el restante 1.1%.

En la tabla 36 se muestran las prescripciones de todos los principios activos por especialista.

Tabla 36. Prescripciones de todos los principios activos a las víctimas de APT por especialista.

Principio activo	MAP	%	Psiquiatra	%	URG	%	USL	%	neurólogo	%	TOTAL
TOTAL	246	27	572	63	48	5.3	10	1.1	33	3.6	909

Prescripción por especialista

A continuación se informa en la tabla de la prescripción realizada por los profesionales sanitarios de cada uno de los principios activos. Se adjuntan las figuras de estos datos por total de especialistas y, por cada uno de los mismos (MAP, psiquiatras, psiquiatras de URG). En las figuras se han incluido los principios activos más relevantes en valores absolutos y relativos hasta un %. En las figuras 10 y 11 se informan de los p.a prescritos por todos los especialistas en valores absolutos y en valores relativos.

Figura 10. Total de principios activos prescritos por todos los especialistas en valores absolutos.

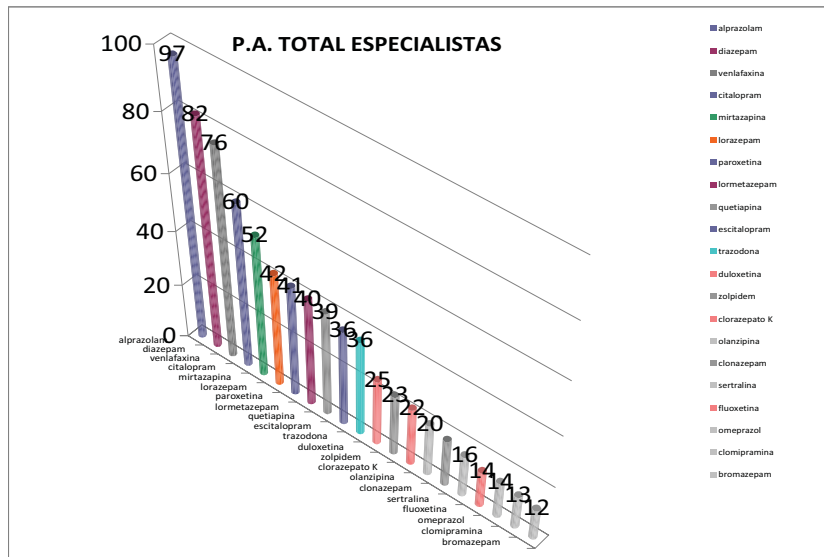
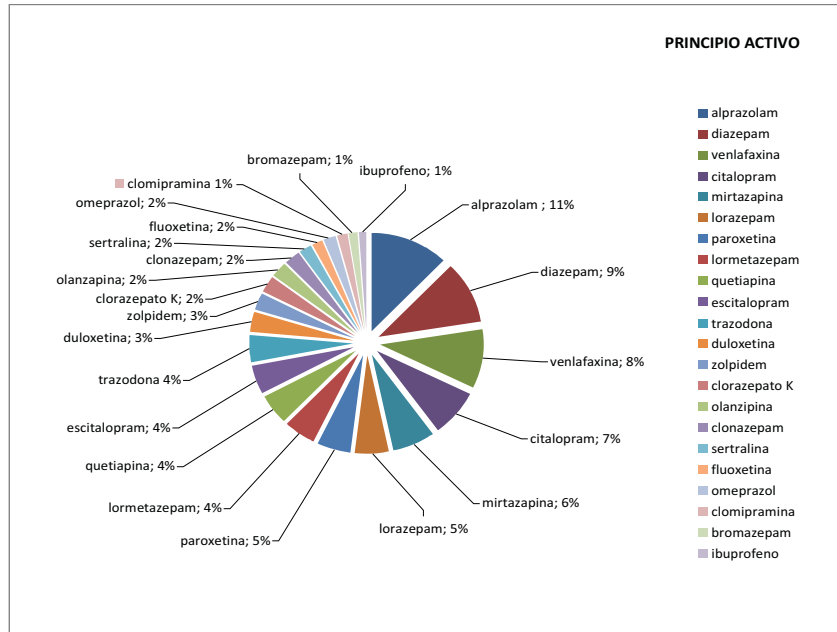


Figura 11. Total de principios activos prescritos por todos los especialistas en valores relativos.



En las figuras 12 y 13 se informan de los p.a prescritos por los MAP en valores absolutos y en valores relativos.

Figura 12. Total de principios activos prescritos por los MAP en valores absolutos.

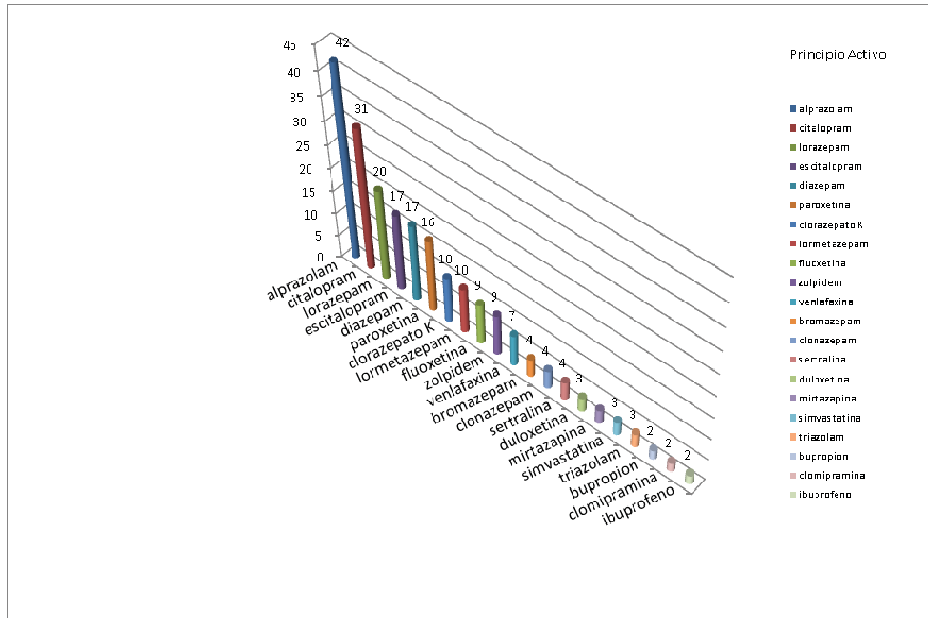
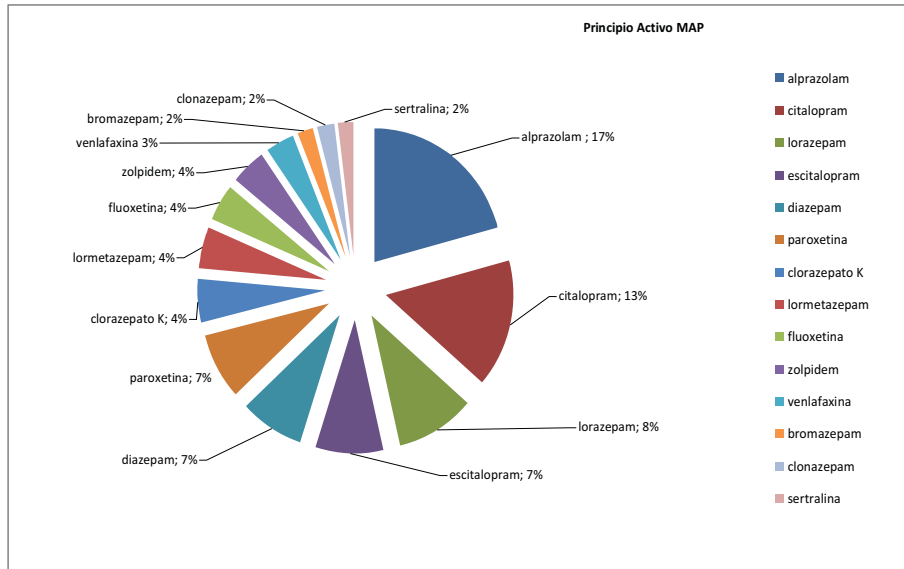


Figura 13. Total de principios activos prescritos por los MAP en valores relativos.



En las figuras 14 y 15 se informan de los p.a prescritos por los psiquiatras en valores absolutos y en valores relativos.

Figura 14. Total de principios activos prescritos por los psiquiatras en valores absolutos.

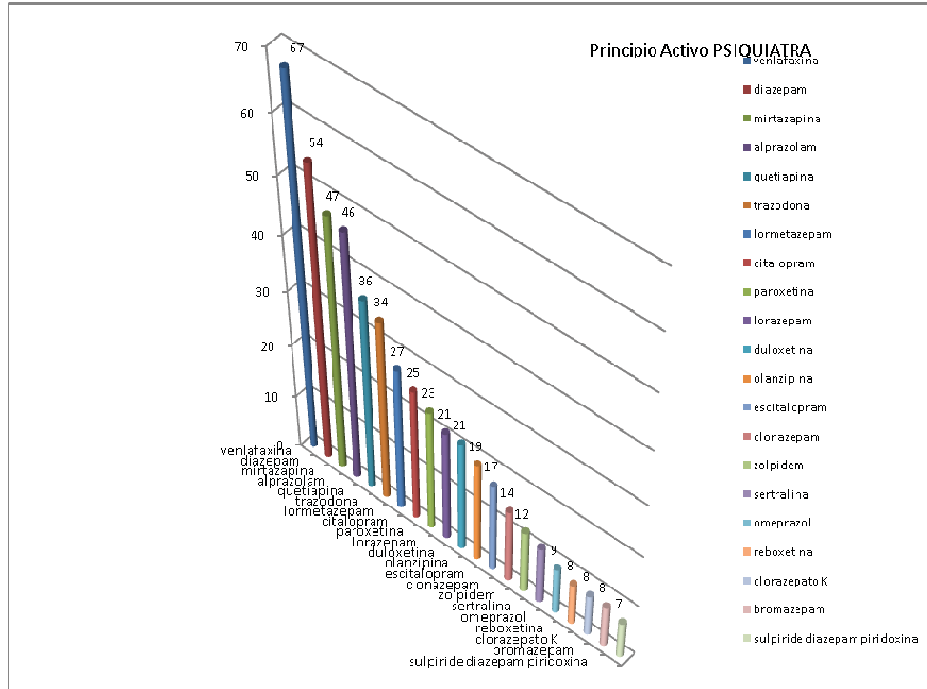
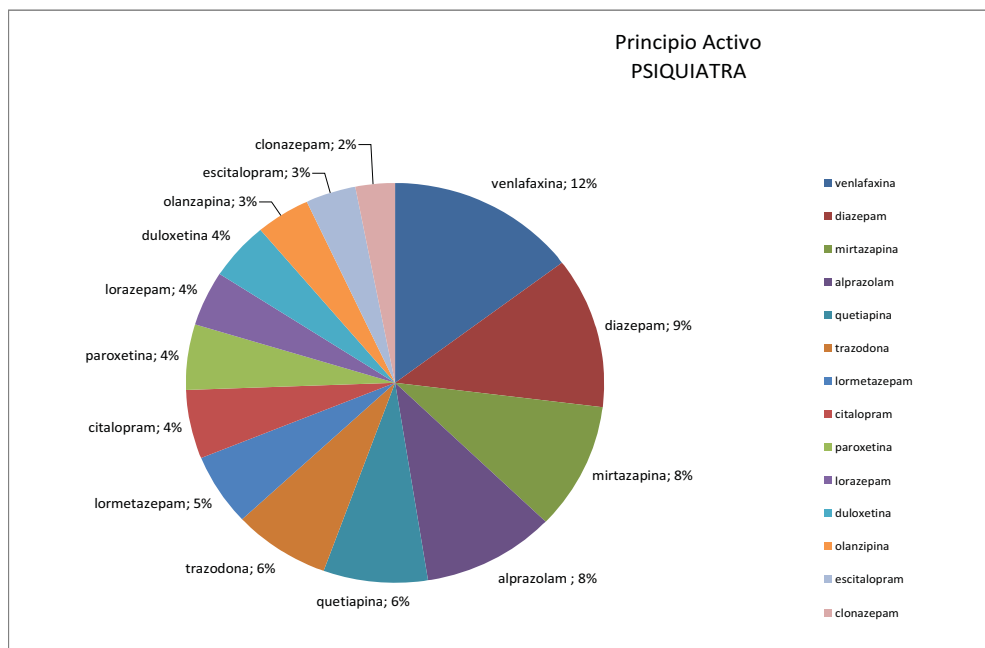


Figura 15. Total de principios activos prescritos por los psiquiatras en valores relativos.



En las figuras 16 y 17 se informan de los p.a prescritos por los psiquiatras URG en valores absolutos y en valores relativos.

Figura 16. Total de principios activos prescritos por los médicos de urgencias en valores absolutos.

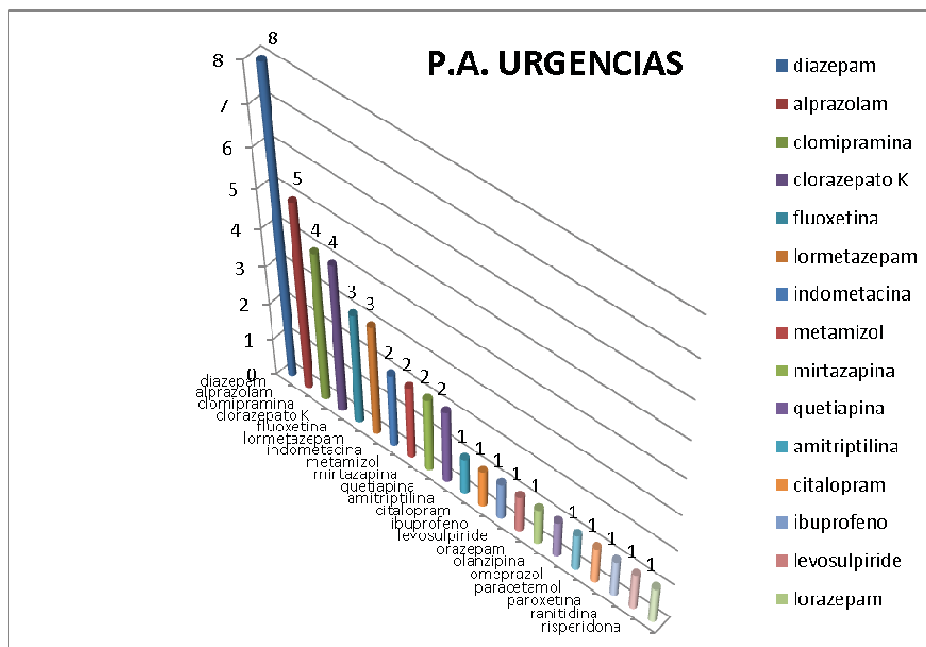
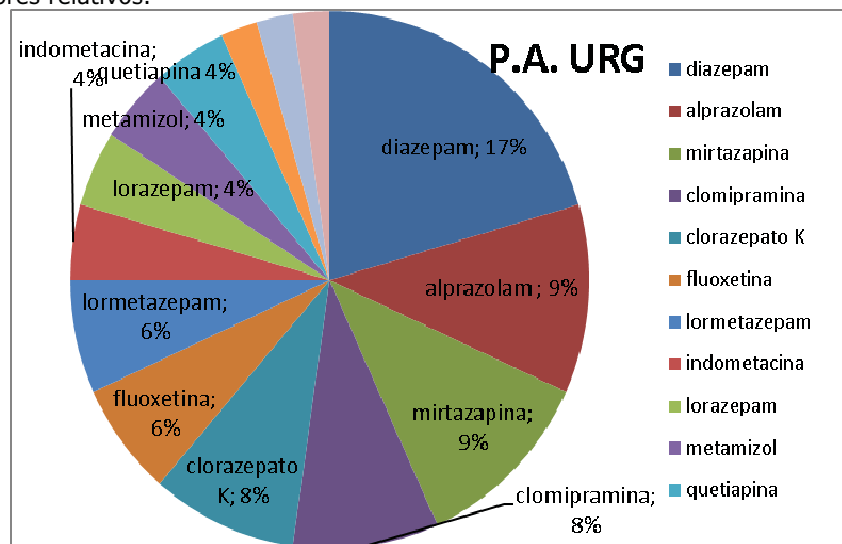


Figura 17. Total de principios activos prescritos por los médicos de urgencias en valores relativos.



En la tabla 37 se muestran las prescripciones de los subgrupos terapéuticos pautadas a las víctimas de APT. Clasificación ATC nivel 4.

Tabla 37. Prescripciones de los p.a. por especialidad. Clasificación ATC nivel 5.

Principio activo	MAP	Psiquiatra	URG	USL	OTROS	TOTAL
N05BA12 - Alprazolam	42	46	5	4		97
N05BA01 - Diazepam	17	54	8		3	82
N06AX16 - Venlafaxina	7	67			2	76
N06AB04 - Citalopram	31	25	1	3		60
N06AX11 - Mirtazapina	3	47	2			52
N05BA06 - Lorazepam	20	21	1			42
N06AB10 - Escitalopram	18	21			2	41
N05CD06 - Lormetazepam	10	27	3			40
N05AH04 - Quetiapina	1	36	2			39
N06AB05 - Paroxetina	16	18	1	1		36
N06AX05 - Trazodona	2	34				36
N06AX21 - Duloxetina	3	21			1	25
N05CF02 - Zolpidem	9	12		2		23
N05BA05 - Clorazepato de potasio	10	8	4			22
N05AH03 - Olanzapina		19	1			20
N03AE01 - Clonazepam	4	14				18
N06AB06 - Sertralina	4	11	1			16
N06AB03 - Fluoxetina	9	2	3			14
A02BC01 - Omeprazol	2	9	1		2	14
N06AA04 - Clomipramina	2	7	4			13
N05BA08 - Bromazepam	4	8				12
M01AE01 - Ibuprofeno	2	1	1		4	8
N06AX18 - Reboxetina		8				8
N05BA51 - Diazepam, combinaciones con	1	7				8
N02CC05 - Almotriptán	1	1			5	7
N06AB08 - Fluvoxamina		7				7
C07EA91 - Propranolol asociado a hidralazina		2			5	7
N05AX12 - Aripiprazol	1	5				6
N05AX08 - Risperidona	1	4	1			6
N03AG01 - Ácido valproico		4			1	5
N06AA09 - Amitriptilina			1		3	4
M01AB01 - Indometacina		1	2		1	4
N02CC03 - Zolmitriptán	2	2				4
N06AX12 - Bupropion	2	1				3
N05BA13 - Halazepam	1				2	3
N02BB02 - Metamizol sódico	1		2			3

N02BE01 - Paracetamol	1	1	1			3
C10AA01 - Simvastatina	3					3
N05CD05 - Triazolam	3					3
D06BB03 - Aciclovir	1	1				2
A02AD03 - Almagato	1	1				2
H02AB02 - Dexametasona		2				2
N03AX12 - Gabapentina		2				2
N05AA02 - Levomepromazina	1	1				2
N03AF02 - Oxcarbaxepina		2				2
N02CC04 - Rizatriptán	1			1		2
R03AC02 - Salbutamol		2				2
N03AX11 - Topiramato		1		1		2
J05AB11 - Valaciclovir	1	1				2
N05CF01 - Zoplicona		2				2
C08CA01 - Amlodipino		1				1
N04AA02 - Biperideno		1				1
A11HA02 - Piridoxina		1				1
R03BA02 - Budesonida	1					1
M01AX21 - Diacereína	1					1
M01AB05 - Diclofenaco	1					1
M01AH05 - Etoricoxib		1				1
N05BA10 - Ketazolam	1					1
A04AD Levosulpirida			1			1
A10BD03 - Metformina y rosiglitazona	1					1
A02A Metoclopramida	1					1
A02BA02 - Ranitidina			1			1
N05AL01 - Sulpirida	1					1
N05AE04 - Ziprasidona		1				1
A07BA01 - Carbón medicinal			1			1
J01DD16 - Cefditoreno	1					1
A06AD11 - Lactulosa	1					1
	246	572	48	10	33	909

N05BA Derivados de Benzodiazepina

En la tabla 38 se indican el número de prescripciones totales de este subgrupo

Tabla 38. Media del nº de prescripciones de los principios activos del subgrupo N05BA derivados de BZD por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
N05BA12 - Alprazolam	97	20	4.8
N05BA01 - Diazepam	82	23	3.6
N05BA06 - Lorazepam	42	13	3.2
N05BA05 - Clorazepato de potasio	22	6	3.6
N05BA08 - Bromazepam	12	4	3
N05BA51 - Diazepam, combinaciones con	8	3	2.7
N05BA13 - Halazepam	3	1	3
N05BA10 - Ketazolam	1	1	1
	267	71	3.8

En la tabla 39 y 40 se indican el número de prescripciones totales de este grupo N05A APS por paciente y en la tabla diferenciada por sexo.

Tabla 39. Prescripciones del subgrupo N05BA derivados de BZD por paciente

Principio activo	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de Pacientes total medicados	Prescripciones por paciente
	267	46	5.8

Tabla 40. Prescripciones del subgrupo N05BA derivados de BZD por sexo

Principio activo	Nº total de prescripciones a pacientes femeninas	Nº de Mujeres medicadas	Prescripciones por paciente	Nº total de prescripciones a pacientes masculinos	Nº de Hombres medicados	Prescripciones por paciente
	167	28	5.96	100	18	5.55

En cuanto a la prescripción por especialista se muestran en las tablas 41 y 42 la prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico NO5BA Ansiolíticos y el % del principio activo por profesional sanitario

Tabla 41. Prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico NO5BA Ansiolíticos

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	Neurólogo	%	TOTAL
N05BA12 - Alprazolam	42	43.7	46	31.9	5	27.8	4	100			97
N05BA01 - Diazepam	17	17.7	54	37.5	8	44.4			3	60	82
N05BA06 - Lorazepam	20	21.3	21	14.6	1	5.6					42
N05BA05 - Clorazepato de potasio	10	10.6	8	5.6	4	22.2					22
N05BA08 - Bromazepam	4	4.3	8	5.6							12
N05BA51 - Diazepam, combinaciones con	1	1.1	7	4.9							8
N05BA13 - Halazepam	1	1.1							2	40	3
N05BA10 - Ketazolam	1	1.1									1
	96	100	144	100	18	100	4	100	5	100	267

Tabla 42. Prescripción de los principios activos del subgrupo terapéutico NO5BA Ansiolíticos. % del principio activo por profesional sanitario.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	Neurólogo	%	TOTAL	%
N05BA12 - Alprazolam	42	43.3	46	47.4	5	5.2	4	4.1			97	36.3
N05BA01 - Diazepam	17	20.7	54	65.8	8	9.8			3	3.6	82	30.7
N05BA06 - Lorazepam	20	47.6	21	50	1	2.4					42	15.7
N05BA05 - Clorazepato de potasio	10	45.5	8	36.4	4	18.2					22	8.2
N05BA08 - Bromazepam	4	33.3	8	66.7							12	4.5
N05BA51 - Diazepam, combinaciones con	1	12.5	7	87.5							8	3
N05BA13 - Halazepam	1	33.3							2	66.7	3	1.1
N05BA10 - Ketazolam	1	100									1	0.4
	96	35.2	144	53.9	18	6.7	4	1.5	5	1.9	267	100

Subgrupos N06AB - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, versus el subgrupo N06AX - Otros antidepresivos

En la tabla 43 se indican el número de prescripciones totales de este subgrupo

Tabla 43. Prescripción del grupo terapéutico NO6A antidepresivos según el profesional sanitario que atendió a la víctima de APT

	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	USL	OTROS	TOTAL
NOA6B ISRS	77	44.3	85	48.9	6	4	2	174
NO6AX Otros Antidepresivos	17	8.5	178	89	2	0	3	200

NO6AB ISRS

En la tabla 44 se indican el número de prescripciones totales de este subgrupo

Tabla 44. Media del nº de prescripciones de los principios activos del subgrupo NO6AB ISRS por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
N06AB04 - Citalopram	60	14	4.3
N06AB10 - Escitalopram	41	11	3.7
N06AB05 - Paroxetina	36	13	2.7
N06AB03 - Fluoxetina	16	7	2.3
N06AB06 - Sertralina	14	4	3.5
N06AB08 - Fluvoxamina	7	1	7
	174	50	3.5

En las tablas 45 y 46 se indican el número de prescripciones totales de este grupo NO5A APS por paciente y en la tabla diferenciada por sexo.

Tabla 45. Prescripciones de los principios activos del subgrupo NO6AB ISRS por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
	174	41	4.2

Tabla 46. Prescripciones de los principios activos del subgrupo NO6AB ISRS por paciente y sexo

Principio activo	Nº total de prescripciones a pacientes femeninas	Nº de Mujeres medicadas	Prescripciones por paciente	Nº total de prescripciones a pacientes masculinos	Nº de Hombres medicados	Prescripciones por paciente
	117	24	4.9	57	17	3.4

En cuanto a la prescripción por especialista de cada p.a fue la que se muestran en las tablas 47 y 48 la prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico:

Tabla 47. Prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico NO6AB ISRS

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	Neurólogo	%	TOTAL
N06AB04 - Citalopram	31	40.3	25	29.4	1	16.7	3	75			60
N06AB05 - Paroxetina	16	20.8	23	27.1	1	16.7	1	16.7			41
N06AB10 - Escitalopram	17	22.1	17	20					2	100	36
N06AB06 - Sertralina	4	5.2	11	12.9	1	16.7					16
N06AB03 - Fluoxetina	9	11.7	2	2.3	3	50					14
N06AB08 - Fluvoxamina			7	8.2							7
	77	44.2	85	48.9	6	3.5	4	2.3	2	1.1	174

Tabla 48. Prescripción de los principios activos del subgrupo terapéutico NO6AB ISRS. % del principio activo por profesional sanitario.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	Neurólogo	%	TOTAL	%
N06AB04 - Citalopram	31	51.7	25	41.7	1	1.7	3	5			60	34.5
N06AB05 - Paroxetina	16	39	23	56.1	1	2.4	1	2.4			41	23.6
N06AB10 - Escitalopram	17	47.2	17	47.2					2	5.6	36	20.7
N06AB06 - Sertralina	4	25	11	68.8	1	6.2					16	9.2

N06AB03 - Fluoxetina	9	64.3	2	14.3	3	21.4					14	8.1	
N06AB08 - Fluvoxamina			7	100							7	4.1	
	77	44.3	85	48.9	6	3.4	4	2.3		2	1.1	174	100

N06AX - Otros antidepresivos

En la tabla 49 se indican el número de prescripciones totales de este subgrupo

Tabla 49. Media del nº de prescripciones de los principios activos del subgrupo N06AX AD por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
N06AX16 - Venlafaxina	76	13	5.9
N06AX11 - Mirtazapina	52	10	5.2
N06AX05 - Trazodona	36	6	6
N06AX21 - Duloxetina	25	7	3.6
N06AX18 - Reboxetina	8	1	8
N06AX12 - Bupropion	3	2	1.5
	200	39	5.1

En las tablas 50 y 51 se indican el número de prescripciones totales de este grupo N05A APS por paciente y en la tabla diferenciada por sexo.

Tabla 50. Prescripciones de los principios activos del subgrupo N06AX OAD por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
	200	26	7.7

Tabla 51. Prescripciones de los principios activos del subgrupo N06AX OAD por paciente y sexo

Principio activo	Nº total de prescripciones a pacientes femeninas	Nº de Mujeres medicadas	Prescripciones por paciente	Nº total de prescripciones a pacientes masculinos	Nº de Hombres medicados	Prescripciones por paciente
	120	15	8	80	11	7.3

En cuanto a la prescripción por especialista de cada p.a fue la que se muestran en las tablas 52 y 53 prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico N06AX OAD:

Tabla 52. Prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico N06AX OAD.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	Neurólogo	%	TOTAL
N06AX16 - Venlafaxina	7	41.2	67	37.6			2	66.7	76
N06AX11 - Mirtazapina	3	17.6	47	26.4	2	100			52
N06AX05 - Trazodona	2	11.7	34	19.1					36
N06AX21 - Duloxetina	3	17.6	21	11.8			1	33.3	25
N06AX18 - Reboxetina			8	4.5					8
N06AX12 - Bupropion	2	11.8	1	0.6					3
	17	100	178	100	2	100	3	100	200

Tabla 53. Prescripción de los principios activos del subgrupo terapéutico N06AX OAD. % del principio activo por profesional sanitario.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	Neurólogo	%	TOTAL
N06AX16 - Venlafaxina	7	9.2	67	88.2			2	2.6	76
N06AX11 - Mirtazapina	3	5.8	47	90.4	2	3.8			52
N06AX05 - Trazodona	2	5.6	34	94.4					36

N06AX21 - Duloxetina	3	12	21	84			1	4	25
N06AX18 - Reboxetina			8	100					8
N06AX12 - Bupropion	2	66.7	1	33.3					3
	17	8.5	178	89	2	1	3	1.5	200

Subgrupos N05A Antipsicóticos

En la tabla 54 se indican el número de prescripciones totales de este subgrupo N05A APS.

Tabla 54. Media del nº de prescripciones de los principios activos del subgrupo N05A AP por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
N05AH04 - Quetiapina	40	7	5.7
N05AH03 - Olanzapina	20	6	3.3
N05AX08 - Risperidona	6	4	1.5
N05AX12 - Aripiprazol	5	3	1.7
N05AA02 - Levomepromazina	1	1	1
N05AL01 - Sulpirida	1	1	1
N05AE04 - Ziprasidona	1	1	1
	74	23	3.2

En las tablas 55 y 56 se indican el número de prescripciones totales de este grupo N05A APS por paciente y en la tabla diferenciada por sexo.

Tabla 55. Prescripciones de los principios activos del subgrupo N05A AP por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
	74	15	4.9

Tabla 56. Prescripciones de los principios activos del subgrupo N05A AP por paciente y sexo

Principio activo	Nº total de prescripciones a pacientes femeninas	Nº de Mujeres medicadas	Prescripciones por paciente	Nº total de prescripciones a pacientes masculinos	Nº de Hombres medicados	Prescripciones por paciente
	36	8	4.5	38	7	5.4

En cuanto a la prescripción por especialista de cada p.a teniendo en cuenta la que se muestran en las tablas 57 y 58 la prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico N05A Antipsicóticos:

Tabla 57. Prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico N05A Antipsicóticos.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	TOTAL
N05AH04 - Quetiapina	1	20	36	54.5	2	50	39
N05AH03 - Olanzapina			19	28.8	1	25	20
N05AX12 - Aripiprazol	1	20	5	7.6			6
N05AX08 - Risperidona	1	20	4	6.1	1	25	6
N05AA02 - Levomepromazina	1	20	1	1.5			2
N05AL01 - Sulpirida	1	20					1
N05AE04 - Ziprasidona			1	1.5			1
	5	6.7	66	88	4	5.3	75

Tabla 58. Prescripción de los principios activos del subgrupo terapéutico N05A Antipsicóticos. % del principio activo por profesional sanitario.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	TOTAL	%
N05AH04 - Quetiapina	1	2.6	36	92.3	2	5.1	39	52
N05AH03 - Olanzapina			19	95	1	5	20	26.7
N05AX12 - Aripiprazol	1	16.7	5	83.3			6	8
N05AX08 - Risperidona	1	16.7	4	66.7	1	16.7	6	8

N05AA02 - Levomepromazina	1	50	1	50			2	2.7
N05AL01 - Sulpirida	1	100					1	1.3
N05AE04 - Ziprasidona			1	100			1	1.3
	5	6.7	66	88	4	5.3	75	100

Subgrupos N05CD - Derivados de la benzodiazepina versus N05CF - Fármacos relacionados con las benzodiazepinas

En la tabla 59 se indican el número de prescripciones totales de este subgrupo

Tabla 59. Media del nº de prescripciones de los principios activos del subgrupo N05C HS por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
N05CD06 - Lormetazepam	40	14	2.9
N05CF02 - Zolpidem	23	7	3.3
N05CD05 - Triazolam	3	1	3
N05CF01 - Zopiclona	2	1	2
	68	23	3

En las tablas 60 y 61 se indican el número de prescripciones totales de este grupo N05 HS por paciente y en la tabla diferenciada por sexo.

Tabla 60. Prescripciones de los principios activos del subgrupo N05 HS por paciente

Principio activo (p.a.)	Nº total de prescripciones de cada p.a.	Nº de pacientes a los que se le ha prescrito cada p.a.	Media del total de prescripciones por el nº de pacientes prescrito
	68	22	3.1

Tabla 61. Prescripciones de los principios activos del subgrupo N05 HS por paciente y sexo

Principio activo	Nº total de prescripciones a pacientes femeninas	Nº de Mujeres medicadas	Prescripciones por paciente	Nº total de prescripciones a pacientes masculinos	Nº de Hombres medicados	Prescripciones por paciente
	42	15	2.8	26	7	3.7

En cuanto a la prescripción por especialista de cada p.a teniendo en fue la que se muestran en las tablas 62 y 63 la prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico N05C HS:

Tabla 62. Prescripción por especialista de los principios activos del subgrupo terapéutico N05C HS.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	TOTAL
N05CD06 - Lormetazepam	10	45.5	27	65.9	3	100			40
N05CF02 - Zolpidem	9	40.9	12	29.3			2	100	23
N05CD05 - Triazolam	3	13.6							3
N05CF01 - Zopiclona			2	4.9					2
	22	100	41	100	3	100	2	100	68

Tabla 63. Prescripción de los principios activos del subgrupo terapéutico N05C HS. % del principio activo por profesional sanitario.

Principio activo	MAP	%	PSIQUIATRA	%	URGENCIAS	%	USL	%	TOTAL
N05CD06 - Lormetazepam	10	25	27	67.5	3	7.5			40
N05CF02 - Zolpidem	9	39.1	12	52.2			2	8.7	23
N05CD05 - Triazolam	3	100							3
N05CF01 - Zopiclona			2	100					2
	22	32.3	41	60.3	3	4.4	2	2.9	68

Nº de personas a las que se le prescribe el mismo principio activo

En relación al nº de personas a las que se les ha prescrito el mismo principio activo en las figuras 18 y 19 se incluyen el nº de pacientes a los que se les han prescrito el mismo principio activo, en valores absolutos y relativos. De estos datos podemos extraer como conclusión:

Figura 18. Nº de pacientes a los que se le han prescrito el mismo principio activo. Valores absolutos.

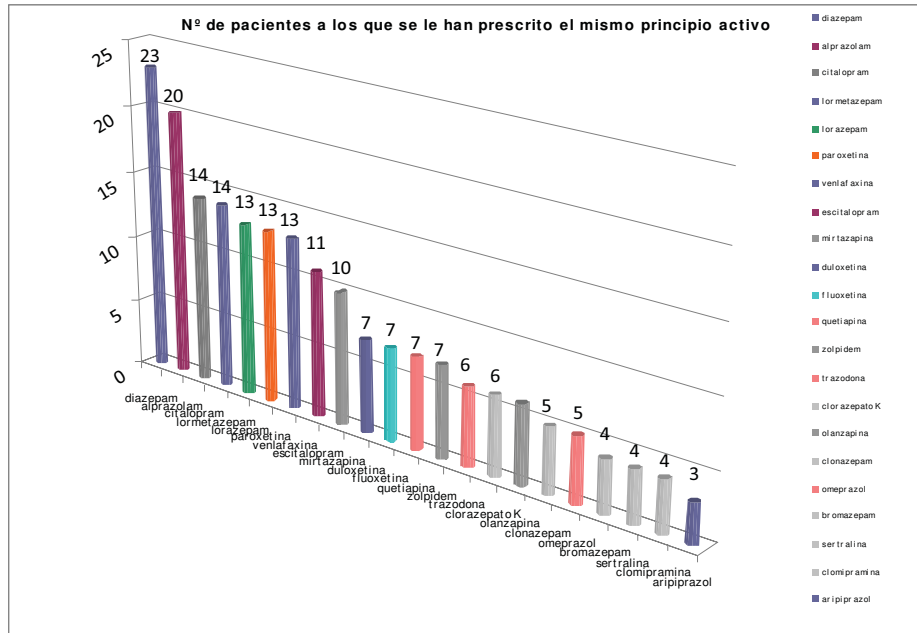
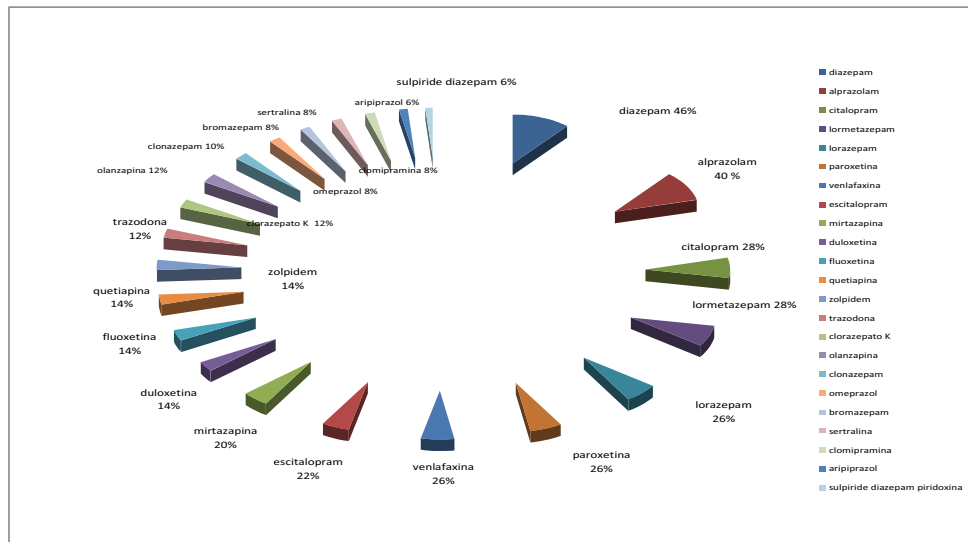


Figura 19. Nº de pacientes a los que se le han prescrito el mismo principio activo. Valores relativos.



1. A mayor ratio de prescripciones/nº de pacientes podemos aventurar que más cambios de posología se han producido, ello implica para el profesional sanitario peores resultados para conseguir los objetivos de salud esperados.

2. Los principios activos correspondientes a los subgrupos terapéuticos N06AX OAD (venlafaxina, mirtazapina, trazodona, reboxetina,...) y N05AH AP (quetiapina,...) prescritos fundamentalmente por los psiquiatras presentan más reajustes de dosis y posología para intentar conseguir la estabilización del paciente.

3. Aquellos principios activos comparables por volumen y nº de pacientes, que más prescriben los MAP frente a los psiquiatras (p ej, Citalopram, Escitalopram, Clorazepato potásico, Zopiclona) son los que más reajustes de dosis y posología han recibido.

En la tabla 64 se indican el número de personas a las que se le prescribe el mismo principio activo

Tabla 64. Nº de personas a las que se le prescribe el mismo principio activo

Principio activo (p.a)	TOTAL	Nº de personas a los que se le prescribe el mismo p.a.	Ratio
N05BA12 - Alprazolam	97	20	4.85
N05BA01 - Diazepam	82	23	3.56
N06AX16 - Venlafaxina	76	13	5.85
N06AB04 - Citalopram	60	14	4.28
N06AX11 - Mirtazapina	52	10	5.20
N05BA06 - Lorazepam	42	13	3.23
N06AB10 - Escitalopram	41	11	3.73
N05CD06 - Lormetazepam	40	14	2.86
N05AH04 - Quetiapina	39	7	5.71
N06AB05 - Paroxetina	36	13	2.69
N06AX05 - Trazodona	36	6	6.00
N06AX21 - Duloxetina	25	7	3.57
N05CF02 - Zolpidem	23	7	3.29
N05BA05 - Clorazepato de potasio	22	6	3.66
N05AH03 - Olanzapina	20	6	3.33
N03AE01 - Clonazepam	18	5	
N06AB03 - Fluoxetina	16	7	2.9
N06AB06 - Sertralina	14	4	3.5
A02BC01 - Omeprazol	14	5	
N06AA04 - Clomipramina	13	4	
N05BA08 - Bromazepam	12	4	3
M01AE01 - Ibuprofeno	8	2	
N06AX18 - Reboxetina	8	1	8
N05BA51 - Diazepam, combinaciones con	8	3	2.67
N02CC05 - Almotriptán	7	2	
N06AB08 - Fluvoxamina	7	1	7
C07EA91 - Propranolol asociado a hidralazina	7	2	
N05AX08 - Risperidona	6	4	1.50
N05AX12 - Aripiprazol	5	3	1.67
N03AG01 - Acido valproico	5	1	
N06AA09 - Amitriptilina	4	1	
M01AB01 - Indometacina	4	1	
N02CC03 - Zolmitriptán	4	1	
N06AX12 - Bupropion	3	2	1.5
N05BA13 - Halazepam	3	1	3
N02BB02 - Metamizol sódico	3	2	
N02BE01 - Paracetamol	3	2	
C10AA01 - Simvastatina	3	2	
N05CD05 - Triazolam	3	1	3
D06BB03 - Aciclovir	2	1	
A02AD03 - Almagato	2	2	
H02AB02 - Dexametasona	2	1	
N03AX12 - Gabapentina	2	1	
N05AA02 - Levomepromazina	2	1	
N03AF02 - Oxcarbaxepina	2	1	
N02CC04 - Rizatriptán	2	2	
R03AC02 - Salbutamol	2	1	
N03AX11 - Topiramato	2	1	
J05AB11 - Valaciclovir	2	1	

N05CF01 - Zoplicona	2	1	
C08CA01 - Amlodipino	1	1	
N04AA02 - Biperideno	1	1	
A11HA02 - Piridoxina (vit B6)	1	1	
R03BA02 - Budesonida	1	1	
M01AX21 - Diacereína	1	1	
M01AB05 - Diclofenaco	1	1	
M01AH05 - Etoricoxib	1	1	
N05BA10 - Ketazolam	1	1	
A04AD Levosulpirida	1	1	
A10BD03 - Metformina y rosiglitazona	1	1	
A02A Metoclopramida	1	1	
A02BA02 - Ranitidina	1	1	
N05AL01 - Sulpirida	1	1	
N05AE04 - Ziprasidona	1	1	
A07BA01 - Carbón medicinal	1	1	
J01DD16 - Cefditoreno	1	1	
A06AD11 - Lactulosa	1	1	
		1	
	909		

Impacto económico del acoso psicológico laboral padecido por la población de estudio

Como se ha descrito las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo son consideradas por los profesionales comunitarios que les atienden (MAP, psiquiatras y psicólogos) como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, por tanto no son atendidas por profesionales de las unidades de salud laboral, especialistas en medicina del trabajo. Esta actuación conlleva a que se relacione *APT*, *ILT* y *SM* y por tanto se estudien conjuntamente.

En el contexto clínico, es conocido que dentro de las enfermedades mentales los Trastornos Depresivos se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos y de un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente; la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio, de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por la presencia de otras enfermedades que favorecen la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas), de ahí que el análisis de costes que se realiza se base en este trastorno mental grave, unido todo ello al hecho de que la mayoría de estudios centran el impacto del gasto en psicopatología de *SM*, en la Depresión Mayor (*DM*), considerando de menor importancia los gastos generados por la depresión moderada, o la ansiedad, con mayor prevalencia, a pesar del impacto en tasas altas de presentismo con pérdidas de productividad, comorbilidad elevada y discapacidad, para este tipo de pacientes, que busquen o no, ayuda sanitaria para su padecimiento se evaluó el impacto del *APT* dentro de los estudios realizados de *DM*.

Un problema general de los estudios de coste de la enfermedad, especialmente relevante en nuestro estudio, es la comorbilidad, especialmente cuando no es posible establecer una relación unidireccional de causalidad entre las patologías implicadas. En el caso de las enfermedades mentales derivadas del hostigamiento psicológico laboral, la comorbilidad entre depresión/ansiedad es muy constante y elevada. Si no es posible llevar a cabo una distribución de los costes entre las distintas causas de morbilidad hay que reconocer que se está introduciendo un cierto sesgo al alza. Así, la suma de los costes de la depresión y de los costes de la ansiedad realizados de forma independiente daría una cifra superior a la de un estudio que estimase conjuntamente los costes de ambas patologías.

Para la medición del impacto económico en nuestra población de estudio se utilizó la distribución de los costes medios por paciente/año según los grupos con presencia o ausencia de trastornos depresivos, calculados por los estudios de costes y carga de la depresión en Cataluña (*costdep-2006*) y el estudio de *Sicras et al* (2010). Ambos estudios consideran dos grandes categorías de costes: los costes sanitarios directos y los costes indirectos. El objetivo específico de nuestro estudio fue estimar los costes de la población de estudio atribuyéndole los resultados de los costes establecidos de la depresión en Cataluña desde la perspectiva de la sociedad (anexo 27).

a) Costes directos por consumo de recursos (atención primaria, especializada, hospitalaria y farmacéutica).

b) Costes indirectos por pérdida de productividad asociada a la depresión (morbilidad y mortalidad).

1. Costes directos sanitarios.

Los costes sanitarios directos son los costes relacionados con el consumo de recursos del sistema de atención sanitaria atribuibles al tratamiento de la depresión. Estos incluyen los costes asociados a atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y atención farmacológica. No se incluyen en el estudio los costes directos no sanitarios soportados por el paciente y por sus familiares, como los costes de los desplazamientos o del tiempo que los familiares dedican al enfermo durante las hospitalizaciones.

Siguiendo la estructura de ambos estudios se calculó el nº de visitas realizadas totales, diferenciando por su estimación de costes las primera de las visitas sucesivas a MAP, psiquiatría, enfermería, psicólogo, psicoterapia grupal, psiquiatra de urgencias, las USL; otros especialistas (fundamentalmente neurólogos)

Costes directos de atención sanitaria

En la tabla 65 se muestra el nº total de visitas desglosado por los especialistas/ que atendieron a las víctimas de APT por especialista.

Tabla 65. Nº total de visitas desglosado por los especialistas/ que atendieron a las víctimas de APT por especialista.

	MAP	Psiquiatra	Enfermero	Psicólogo*	Terapia grupal	Psiquiatra de URG	USL	neurólogo	TOTAL
Nº TOTAL de VISITAS	557	207	75	775	137	48	10	33	1.842
Promedio de visitas	11.1	4.1	1.5	15.5	6.85	2.4	1	1	36,84
Nº TOTAL de Primeras visitas	50	50	18	50	20	20	10	33	251
Nº TOTAL de Visitas sucesivas	507	157	57	725	117	28	0	0	1.591

* El 94% de la psicoterapia individual estaba realizada por psicólogos privados

Para el cálculo de las estimaciones se tuvo en cuenta las tarifas oficiales y costes unitarios de los recursos (Cataluña 2006) dedicados a la depresión que se adjuntan en el anexo 27

Para el cálculo de otros especialistas (neurología) y la asistencia de urgencias, se utilizó las tarifas para los hospitales de la XHUP según la actividad de la contratación de agudos y el nivel de complejidad de cada hospital, siendo de 64,97 € y 100.06 € respectivamente.

Los costes de la depresión que generaron las visitas desglosados por los especialistas/ que atendieron a las víctimas de APT, de acuerdo con las tarifas mencionadas que se recogen en las tablas del anexo 27 de acuerdo con el nivel de asistencia fue:

Atención primaria:

	MAP
Coste total visitas €	11418,5

Costes totales de asistencia primaria: 11.418,5€

Especialistas y cálculo de costes según visitas al CSMA

	Psiquiatra	Enfermero CSMA	Psicólogos	Terapia grupal*	USL**	OTROS (neurólogo, otras especialidades) ***	TOTAL
Coste total visitas €	9435,06	2202,75	2868,41	6822,4	533,05	2144,01	24.005,68

& El 94% de la psicoterapia estaba realizada por psicólogos privados, por consiguiente sólo se imputa el 6% restante

* Coste de la terapia grupal según la tarifa recogida como psicoterapia de grupo

** Coste ponderado medio de una visita psicólogo/psiquiatra (53,305 €), profesionales de las USL.

*** Coste visita neurólogo, como especialista, tarifa Cataluña 2006.

Por el contrario si tenemos en cuenta los costes directos de la asistencia sanitaria ocasionados por las visitas a CSMA, que atendieron a las 50 víctimas de APT, según el coste medio ponderado de la actividad del CSMA (anexo 27), estas ascendieron a 23.234,58 €, casi coincidente con la calculada por los especialistas 24.005,68€.

	Nº Primeras Visitas CSMA	Nº Visitas Sucesivas CSMA	Psicoterapia individual*	Psicoterapia a grupal	Total
Nº de visitas /sesiones psicoterapia	68	214	47	137	466
Coste TOTAL visitas/sesiones €	3145,51	10398,26	2868,41	6822,4	23234,58

* El 94% de la psicoterapia individual estaba realizada por psicólogos privados

Costes totales de asistencia especializada: 24.005,68€

Costes totales de visitas a CSMA: 23.234,58€

Hospitalización: se incluye el coste de la atención psiquiátrica de urgencias (tarifa coste de alta de hospitalización) y los ingresos en hospital de agudos

	Psiquiatra de URG*
Coste total visitas €	4802,88

* Coste del alta de hospitalización.

A este cálculo faltaría añadir que 1 paciente de la población de estudio estuvo 27 días ingresado (269.03 € por estancia/DÍA) en una unidad de salud mental de adultos de un hospital general, generando un total de 7.263,81 €.

Costes totales de hospitalización: 12.066,69€

El gasto total de los costes directos de la asistencia sanitaria ascienden entre: 46.719,77€ - 47.490,87€

El gasto generado por las 728 visitas de los pacientes a la psicología privada (61,03€/sesión) asciende a: 44.429,84€

Gasto total de los costes directos: 91.149,61€ - 91.920,71€

Costes directos de la atención farmacológica

Elo implica el gran consumo detectado por el Ministerio de Sanidad de los grupos N06A – ANTIDEPRESIVOS y N05B – ANSIOLÍTICOS. En la tabla 109 se enumeran dentro de los 40 subgrupos ATC con mayor consumo (en importe total sin descontar la aportación de beneficiarios activos) durante 2006 en el S.N.S. a través de receta, que representan (sin incluir la de Uso hospitalario). Comparativamente e puede detectar que en el año 2.009 el consumo de envases de antidepresivos y benzodiazepinas superó los 74 millones (74.122.080), con receta médica oficial, un 29.4% más que en el año 2004 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010). En el presente estudio los resultados obtenidos han sido los siguientes:

En la tabla 66 se muestra el Gasto ocasionado por la prescripción de los subgrupos terapéuticos ATC

Tabla 66. Gasto ocasionado por la prescripción de los subgrupos terapéuticos ATC

CLAVE SUBGRUPO ATC	NOMBRE SUBGRUPO	PRECIO MEDIO/ ENVASE	TOTAL población de estudio	Coste TOTAL población de estudio
N06AB	Antidepresivos: ISRS	28,49	174	4957,26
N03AX	Otros antiepilépticos	67,72	4	270,88
N06AX	Otros antidepresivos	37,70	200	7540
N05AH	Diazepinas, oxazepinas y tiazepinas	95,35	59	5625,65
N05AX	Otros antipsicóticos	102,47	43	4406,21
N05BA	Ansiolíticos: Derivados de benzodiazepina	2,70	267	720,9
N05CD	Derivados de la benzodiazepina	3,67	43	157,81
N05CF	Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	4,5	25	112,5
N03AE	Derivados de la benzodiazepina	2,1	18	37,8
A02BC01	Inhibidores de la bomba de protones	13,8	14	193,2
N06AA	Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas	4,2	17	71,4
N02CC	Agonistas selectivos de serotonina (5-HT1)	35,94	13	467,22
MO1AE	Derivados del ácido propionico	3,5	8	28
C07EA	Agentes beta bloqueantes no selectivos	3,7	7	25,9
N03AG	Derivados de los ácidos grasos	10	5	50
	RESTO DE SUBGRUPOS			2.557,93
	TOTAL		897	57.222,66

Coste total directo de los MAP en atención farmacéutica: 16.819,44 €

Coste total directo de los psiquiatras en atención farmacéutica: 34.857,68€

Coste total directo de los psiquiatras de URG en atención farmacéutica: 2.925,12 €

Coste total directo de los USL en atención farmacéutica: 609,4€

Coste total directo de los neurólogos en atención farmacéutica: 2.011,2€

Coste total directo de la atención farmacéutica: 57.222,66 €

El gasto total de los costes directos sanitarios asciende a: 103.942,43 € - 104.713,53 €

En la tabla 67 se muestra el total de costes asistencia sanitaria a la población de estudio por especialista

Tabla 67. Total de costes asistencia sanitaria a la población de estudio por especialista

	MAP	Psiquiatra	Enfermero CSMA	Psicologo	Terapia grupal	URG	USL	neurólogo	TOTAL
Coste total visitas €	4.448,5	9.435,06	2.202,75	2.868,41	6.822,4	4.802,88	533,05	2.144,01	33.257,06
Coste de hospitalización						7.263,81			7.263,81
Atención farmacéutica	16.819,44	34.857,68				2.925,12	609,4	2.011,2	57.222,66
TOTAL	21.267,94	44.292,74	2.02,75	2.868,41	6.822,4	14.991,81	1.142,5	5.297,66	97.743,53

2. Costes indirectos

Los costes indirectos se refieren a la pérdida potencial de productividad debida a la enfermedad, la morbilidad y a la mortalidad prematura. De esta manera se incluyen

los costes de la incapacidad temporal y también los de la incapacidad permanente, así como el coste del suicidio atribuible a la depresión.

En este estudio nos centramos en la pérdida de productividad del paciente con diagnóstico de depresión. Por falta de disponibilidad de datos, se dejaron de considerar entre los costes indirectos los relativos a la pérdida de productividad de cuidadores (familia, amigos) del paciente, productividad no remunerada (doméstica) y tiempo de ocio, tanto del paciente como de los sus cuidadores. Obviamente aunque no es posible valorarlos los trastornos mentales afectan negativamente la actividad económica del paciente.

La valoración de los costes indirectos se realizó teniendo en cuenta el Coste medio por individuo con depresión según la categoría de costes (euros) (Cataluña, 2006), del suicidio consumado, de la productividad perdida por individuo con Incapacidad Laboral Temporal (ILT), y de la productividad perdida por Incapacidad permanente. (Anexo 27). Los resultados obtenidos fueron:

Coste de la productividad perdida por el suicidio atribuible a la depresión: 384.708€

Coste de la productividad perdida por individuo con ILT: 228.494

Coste de la productividad perdida por Incapacidad permanente: 245.040 €

Total costes indirectos: 858.242€

Total costes generados por la asistencia sanitaria a la población de estudio: 962.184,43 € - 962.955,53 €

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

Pacientes

Género de la víctima

Entre las diversas variables consideradas en los estudios epidemiológicos sobre *mobbing*, interesa en este estudio el género de la víctima. Los resultados presentados deben considerarse teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas, principalmente muestrales, que tiene el trabajo. Una de ellas es el bajo número de sujetos disponibles y el porcentaje de respuesta obtenido. A ello se une la forma de recogida de la muestra (las mujeres participan más en asociaciones sociales, por tanto su número en este trabajo podría ser mayor), lo que podría sesgar los resultados. No obstante, este tipo de limitaciones (bajo tamaño muestral) son habituales en los estudios de este tipo (Leymann y Gustafson, 1986; Einarsen, 2000). Por tanto es importante tener en cuenta la composición de nuestra muestra (razón hombres/mujeres) pues puede influir significativamente en los datos.

Este estudio plantea diferencias aspectos donde se observa el fenómeno del *mobbing* una clara diferencia atribuible al género de la persona afectada de APT que se irán desarrollando en los diferentes apartados. En nuestro estudio estuvieron afectadas 31 mujeres, 62%, y 19 hombres 38%, Este dato concuerda aproximadamente con la afiliación de los asociados 64% mujeres, 36 % hombres. Generalmente hay más afiliadas en las asociaciones de ayuda social que afiliados hombres.

La diferencia de género en el mobbing

Históricamente la diferencia de género es un elemento que se ha asociado frecuentemente con deficiencias de poder (Scott, 1988; Halford y Leonard, 2001). Conceptualmente, las diferencias de poder entre víctima y acosador son el núcleo esencial para la existencia de conductas hostiles sistemáticas (Niedl, 1995). Leymann (1986) en sus primeras publicaciones, describió el APT como una situación donde las víctimas tienen dificultades para defenderse y en las cuales las diferencias de poder jugaban un rol muy relevante. Posteriormente el mismo autor en 1996 apuntó que el acoso puede ser consecuencia de un mercado laboral segregado en razón del género. Igualmente Hoel y Salin (2003), enfatizan las diferencias de poder como un factor crucial en la aparición del APT (Moreno et al, 2005).

Como afirma Einarsen (2000) las diferencias de poder o también conocidas como "distancia de poder" (Hofstede, 1980) que se definen como la diferencia de influencia entre dos personas, varía entre culturas. Los países escandinavos se han identificado como culturas con relativamente pequeñas diferencias de poder y status entre los individuos dentro de las organizaciones. Estas culturas educan a sus ciudadanos a ser asertivos, no agresivos ni dominantes en sus relaciones interpersonales, de ahí que estos países pueden tener unas diferencias de género menores comparados con países latinos que se han identificado como países con mayores desequilibrios de poder en las organizaciones (Hofstede, 1980). Einarsen planteó la existencia de diferencias organizativas transculturales como factor explicativo de estas divergencias, señalando que la cultura organizativa de los países escandinavos es predominantemente igualitaria y más orientada hacia los valores femeninos y reafirmando el hecho de que la mayoría de estudios sobre *mobbing* se hubiesen llevado a cabo en dichos países, podría explicar que NO se haya encontrado una victimización similar entre los hombres y las mujeres. Por otro lado a la hora de interpretar las diferencias de género no se debe olvidar que, en

muchos casos, el entorno de trabajo facilita la aparición de este tipo de discriminación debido a las desigualdades existentes en el mismo. En este sentido, se ha señalado que el mercado laboral español no resulta igualitario para ambos sexos, y que existen claras diferencias en cuestiones de salario, desarrollo y promoción profesional en perjuicio de las mujeres (Agulló y Ovejero, 2000; Artazcoz et al 2004; Peinado, 1998).

Sin embargo, existen discrepancias en la literatura al respecto. Diversos estudios han reflejado que el género o la clase social no es una variable que establezca diferencias significativas entre víctimas y no víctimas de *mobbing* pues admiten que puede que haya implicadas otras variables, como el colectivo ocupacional (Einarsen y Skogstad, 1996; Vartia, 1996; Keashly y Jagatic, 1999; Hoel y Cooper, 2000), mientras que otros señalan que las mujeres son acosadas con mayor frecuencia (Björkqvist et al, 1994b; Zapf et al, 2003; Salin, 2002). El estudio de Björkqvist llevado a cabo entre trabajadores finlandeses, encontraron diferencias significativas en la prevalencia del acoso entre mujeres y hombres, siendo las primeras significativamente más acosadas, además certificaron que el 25% de los participantes mencionó el género como una posible razón para el APT.

El estudio de revisión presentado por Zapf et al (2003) sugiere que en la mayor parte de los estudios alrededor de un tercio de los hombres y dos tercios de las mujeres aparecen como víctimas de *mobbing*. El *Swedish Work Environment of Authority* (ASF, 2003) estimó que $\frac{3}{4}$ de los casos de *mobbing* se realizaban a mujeres y que el aumento en el número de casos de *mobbing* fue del 60% para hombres y del 90% para mujeres entre 1998 y 2001. En España los resultados obtenidos por Moreno et al (2005) parecen indicar, que las mujeres están expuestas a mayores conductas de acoso psicológico, puntuando más alto que los hombres en cuestionarios de acoso, así como en todas las dimensiones que componen el síndrome. Curiosamente el estudio de Hoel y Cooper (2000) encontraron que los hombres eran expuestos más frecuentemente a conductas negativas en el trabajo que las mujeres.

Las explicaciones dadas para esta mayor vulnerabilidad de la mujer han sido varias. Una puede tener que ver con que las mujeres suelen trabajar en sectores ocupacionales, tales como el de la sanidad o educación, en los que se registra un mayor número de casos de *mobbing* (Di Martino et al, 2003). Otra es que las mujeres ocupan en mayor medida que los hombres un estatus de subordinación en la jerarquía laboral y ello puede ser un condicionante importante (Davidson y Cooper, 1992; Paoli y Merllié, 2001). Una tercera explicación puede tener que ver con la relación existente entre la socialización femenina y la asunción de la mujer del rol de víctima, en la medida que ha sido educada a ser menos asertiva y agresiva y más servicial que los hombres (Björkqvist, 1994). Consecuentemente las mujeres tendrían menor capacidad que los hombres para defenderse del acoso cuando este comienza. Una cuarta explicación es que en el terreno de la investigación sobre estrés y salud, es bien conocido que las mujeres participan en mayor medida que los hombres en aquellos estudios donde los problemas de relaciones personales desempeñan un papel importante (Kasl y Cooper, 1987).

Y, por mencionar otra de mayor interés es la propuesta por la investigadora Salin (2002) que afirma que aquellos individuos con menor poder social, como por ejemplo las minorías étnicas o las mujeres se pueden sentir más intimidados y ser más sensibles a los conflictos interpersonales, concibiendo de este modo una mayor proporción de situaciones conflictivas como acoso psicológico. Para ella es posible que las mujeres sean más sensibles al *mobbing* (estén más expuestas que los hombres a conductas negativas) y duden menos que ellos a la hora de etiquetarse como víctimas. De esta forma, cuando se analizan las explicaciones que dan sobre el *mobbing*, los hombres típicamente subrayan el papel y responsabilidad de la

víctima, mientras que las mujeres usualmente lo explican basándose en las características del acosador y la dinámica del grupo, lo que puede tener que ver con la menor voluntariedad de los hombres a la hora de etiquetarse a sí mismos como víctimas de acoso. En esta misma línea, las mujeres tenderían a clasificar las conductas en mayor medida como acoso debido a los estereotipos de género y las expectativas. De este modo, Salin encontró que las mujeres describen el acoso como una deliberada estrategia competitiva sin focalizar demasiado en factores individuales, mientras que los hombres tienden a ver a las víctimas como débiles, poco competentes e inseguras. De aquí que la mayor tasa de mujeres encontrada entre las víctimas de *mobbing* podría deberse a la interacción entre su mayor exposición a las conductas negativas y, al mismo tiempo, al menor rechazo a clasificar esas experiencias como de acoso. De hecho, otros estudios muestran que los hombres conciben la incapacidad para manejar las situaciones negativas como un signo de debilidad (Wright y Smye, 1997).

Por otra parte, teniendo en cuenta que el síntoma más frecuente y característico del APT es el insomnio existen estudios donde los resultados si confirman que el género es un factor de riesgo (Moreno et al, 2008). Como veremos más adelante, en el apartado del insomnio crónico, algunos estudios han encontrado elevadas tasas de insomnio en víctimas de acoso (Björkqvist et al, 1994; Leymann y Gustafsson, 1996; Notelaers et al, 2006; Vartia, 2003) Éste es un hallazgo bastante consistente en la literatura. Un metaanálisis confirmó que existe una predisposición entre las mujeres a padecer problemas de insomnio (Zhang y Wing, 2006).

Edad de la víctima

En nuestro estudio se incluyeron un total de 50 pacientes estando representadas (edad menor 27 años, edad mayor 60). Menores de 30 años solamente hay 4 mujeres (8% de la muestra) y el 12.9% de la muestra femenina. Entre 30 y 39 años, hay 11 personas (22% de la muestra) representados por 8 mujeres (25.8%) y 3 hombres (15.8%). Entre 40 y 49 años, hay 14 personas (28% de la muestra) representados por 8 mujeres (25.8%) y 6 hombres (31.6%). Entre 50 y 59 años, hay 19 personas (38% de la muestra) representados por 9 mujeres (29%) y 10 hombres (52.6%). Personas mayores de 59 años hay 2 mujeres (4% de la muestra total y 6.5% de la muestra femenina)

La edad media es de 45.5 años. Edad media de las mujeres 44.3 años. Edad media de los hombres 48.3 años. La mediana de edad es de 47 años (percentil25: 39 años, percentil75: 54 años), con DE: 18 años. Por sexos observamos que la mediana de edad de las mujeres es de 44 años (17 de las cuales por encima del p50, un 54.8%) y la de los hombres de 50 años (11 de los cuales por encima del p50, un 57.9%).

Hay 26 personas (13 de ambos sexos, 41.9% de mujeres y 68.4% de hombres) con una edad igual o superior a 47 años. Existe por tanto un 52% de víctimas mayores de 47 años (41.9% de mujeres y 68.4% de hombres), frente a un 48% por debajo de esa edad (58.1% de mujeres y 31.6% de hombres). Si analizamos estos datos desagregados por sexos observamos que la mediana de edad de las mujeres fue de 44 años (17 de las cuales por encima del p50, un 54.8%). Existe por tanto un 54.8% de víctimas mayores de 44 años, frente a un 45.2% por debajo de esa edad. En los hombres la mediana de edad es de 50 años (11 de los cuales por encima del p50, un 57.9%). Existe por tanto un 57.9% de víctimas mayores de 50 años, frente a un 42.1% por debajo de esa edad

Así el riesgo en las mujeres esta más distribuido. El 80% del riesgo se produce entre 30 años y menos de 58 años, con porcentajes similares en cada década (25.8%, 25.8% y 29% respectivamente). Por los extremos, poseen el doble de riesgo las

mujeres menores de 30 años que las mayores de 58 años. Las mujeres mayores de 44 años (mediana de edad de las mujeres) fueron las que tienen mayor porcentaje de padecer mobbing (54.8%). En cuanto a los hombres la edad de padecer mobbing se concentraba en dos décadas de los 40 a los 58 años, siendo a partir de los 50 años cuando alcanzaba el 52.6% del riesgo. No hay ningún joven menor de 33 años ni ningún hombre de más de 58 años afectado. A partir de los 50 años el 57.9% de los hombres ha sufrido mobbing. El riesgo mayor en la población general es ser hombre y tener más de 47 años (mediana de edad de ambos sexos), donde se alcanza el 68.4%.

Con estos datos podemos concluir que la edad en nuestro estudio si influyó para padecer mobbing. La franja de edad más afectada fue de 50-59 años con 19 personas (38%). Seguidas de la 40-49 años con 14 personas (28%) y 30-39 años con 11 personas (22%). Los < 30 años representan el 8% del total y los mayores de 60 años el 4%. Alrededor del 54.8% de las mujeres y del 31.6% de los hombres trabajadores han padecido mobbing con una edad igual o inferior a los 45 años. El riesgo en las mujeres de sufrir mobbing aumentó a partir de los 44 años y en hombres a partir de 47 años. No hay ningún hombre por debajo de 30 años ni por encima de 58 años que hayan padecido mobbing. Sólo hay 3 hombres (6% del total) por debajo de 40 años que hayan padecido mobbing. En cambio hay una mujer por debajo de 30 años y 2 mujeres por encima de 60 años.

En la tabla 68 se muestra la edad de los pacientes relacionada con el diagnóstico. Se observa que en todos los trastornos a excepción del TDM, la mujer tiene menos edad que el hombre. Hay diferencias significativas en los estadios evolutivos graves e incapacitantes, 10.7 años en TEPT y 6.8 en TTP. Es significativo que la edad menor de aparición de un TEPT por debajo de los 40 años y se realice en el ámbito laboral privado.

Tabla 68. Edad de la población de estudio categorizada por diagnósticos

EDAD muestra	ADAP	ANS	ED	TAG	TEPT	TDM	TTP
45.5	38.9	47.3	47.7	40.8	37.8	53.8	47.8
44.3	38.6	45	47.7	40.8	38.8	54.8	44.4
48.3	39.5	49.5			44.0	52.8	51.2

Discusión de los resultados en relación a la edad de víctima

En el estudio de Báguena et al (2006), se detecta al cruzar los datos del tipo de empresa con la edad del trabajador, que ésta última si es un factor de vulnerabilidad al *mobbing*. Los resultados muestran que los trabajadores más mayores se ven más expuestos a violencia interpersonal en el sector público y que son los más jóvenes los expuestos en el sector privado. Una manera de explicar este resultado podría ser apelando al método utilizado en la estimación de las víctimas, víctimas que lo fueron en algún momento de su vida laboral. Mientras que los jóvenes en la empresa privada en el momento de la evaluación pueden haber cambiado varias veces de trabajo debido a victimización por *mobbing*, en el sector público son los funcionarios de más edad el colectivo más vulnerable, precisamente porque no se está dispuesto a abandonar un trabajo que garantiza una estabilidad, después de estar en él durante muchos años.

El resultado del estudio de Báguena et al (2006) indica que de hecho, si tenemos en cuenta no la muestra total, sino la distribución por edad de las víctimas detectadas por el Inventario Psicosocial en cada tipo de empresa, nos encontramos con que sólo existe un 5% de víctimas mayores de 45 años en la empresa privada, frente a un 19.1% en la empresa pública. A la inversa, las víctimas de *mobbing* más jóvenes (menores de 29 años) representan un contingente del 12.7% en el

sector público, frente al 33.8% en el privado. Este resultado iría en consonancia con aquellos estudios que han encontrado que los trabajadores de mayor edad son los más expuestos a *mobbing*. Y son coherentes por cuanto que esos estudios han sido realizados básicamente con trabajadores pertenecientes al sector público (enseñanza, sanidad, asistentes sociales). En resumen este efecto de interacción se registra en todas las categorías de actividades de *mobbing*, aunque la edad influya de modo más significativo únicamente en la categoría relativa a 'los ataques a las relaciones sociales de la víctima'.

En el estudio de Báguena et al (2006) todas las categorías de edad se encuentran representadas, siendo los porcentajes para hombres y mujeres bastante parejos en cada una de ellas. En líneas generales alrededor del 55% de los hombres y del 59% de las mujeres que han participado en esta fase poseen una edad inferior a los 40 años.

Por lo que respecta a la edad la evidencia empírica es conflictiva ya que mientras que en algunas investigaciones realizadas en la población general la edad no parece desempeñar ningún papel significativo (Leymann, 1996; Quine, 1999), en otras se sugiere que el *mobbing* ocurre más a menudo en los trabajadores de más edad que en los jóvenes (Einarsen y Skogstad, 1996; Piirainen et al, 2000), a pesar de que se reconoce que estos últimos se encuentran potencialmente más expuestos al *mobbing* (Einarsen y Raknes, 1997; Quine, 1999) y el hecho de que la edad correlacione negativa y significativamente con la exposición a distintas categorías de comportamientos de *mobbing* (Dick y Rayner, 2004). En otros estudios tener una edad más joven se relacionaba con una mayor probabilidad de ser víctima de *mobbing* (Hoel y Cooper, 2000), por otro lado la menor experiencia en el trabajo, y por tanto menor edad también se ha considerado como un factor de vulnerabilidad a ser víctima de *mobbing* (Balloch et al, 1998).

Otro resultado que cabe mencionar es la diferencia que de modo general se registra entre el *mobbing* experimentado y el observado, de forma que el segundo supone una tasa aproximada del doble. Este resultado es usual encontrarlo en otros estudios (Vartia y Hyyti, 1999) y en el estudio de Báguena et al (2006) puede deberse al hecho de que la mayor parte de los trabajadores de la muestra (el 73%) desempeñaba su trabajo en empresas grande.

Años de padecimiento de las conductas de hostigamiento sistemático psicológico en el trabajo (presión laboral tendenciosa).

Leymann se refería al tiempo de tensión como al periodo durante el cual los pacientes fueron sometidos a actividades de acoso psicológico que dieron como resultado tensión emocional. El tiempo de tensión que los pacientes tuvieron que experimentar fue muy largo. Este periodo se estimó desde el momento en que el entorno psicosocial laboral del paciente se volvió mentalmente perturbador, hasta tornarse traumático.

En sus estudios realizados en Suecia, sólo el 15% de los pacientes tuvo un periodo de tensión de menos de un año (en nuestro estudio fue del 22%, pero para un período inferior a 2 años). Otro 15%, tuvo un periodo de tensión isuperior a ocho años! (8% en nuestro estudio). La mayoría de los pacientes, el 54%, tuvo un periodo de tensión de entre dos y ocho años (en nuestro estudio 70%, el 32% padeció las conductas hostiles sistemáticas entre 2 y < 5 años y un 38 % igual o superior a 5 años). No hubo diferencia entre mujeres y hombres.

En nuestro estudio, las víctimas de APT han padecido un promedio de 4.02 años de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral. Las mujeres 3.7 años y los hombres 4.6 años. De los cuales un 22% las han padecido por un tiempo menor de 2 años, un 38 % igual o superior a 5 años. El 40% restante padeció las conductas hostiles sistemáticas entre 2 y < 5 años. Un 8% tuvieron un período de presión superior a 8 años. Se destaca que hay 12 personas (24% de la muestra) que han padecido acoso más de 6 años. 7 hombres (36.9%) y 5 mujeres (16.1%).

La mediana en toda la población del estudio baja a 3 años, siendo el p25 de 2 años y el p75 de 5 años. Las mujeres presentaron una mediana de 3 años de presión laboral tendenciosa y los hombres de 5 años.

En cuanto a los resultados de los diagnósticos según la población de estudio categorizada de daño crónico TEPT, TTP o TDM destacamos que las medias de años de padecimiento van aumentando a medida que el daño clínico de la víctima y evoluciona a otro de los estadios descritos por De Rivera (2011) como se aprecia en la tabla 69 con los años de padecimiento de la población de estudio categorizada por diagnósticos. La cronicidad y la afectación más grave detectada por los diagnósticos de TEPT, TDM y TTP se producen a partir de los 4 años de mobbing.

Tabla 69. Años de padecimiento de la población de estudio categorizada por diagnósticos

Años mobbing	ADAP	ANS	ED	TAG	TEPT	TDM	TTP
4	1.9	1.4	3.9	3	5.1	4.6	6.1
3.7	2	1.8	3.9	3	4.4	6	5
4.6	1.5	1			6.2	3.2	7.2

Discusión de los resultados

En los estudios realizados en la población general con muestras representativas, el promedio de duración del *mobbing* puede oscilar entre los 15 y los 18 meses (Einarsen y Skogstad, 1996; Leymann, 1996; Meschkutat et al, 2002). Este porcentaje aumenta si lo que se trabaja es con grupos de víctimas de *mobbing*, de manera que la duración promedio se sitúa alrededor de los tres años (Leymann y Gustafsson, 1996) coincidente con nuestro estudio. Zapf (1999b) reflejaba que la duración del *mobbing* correlacionaba positivamente con el número de acosadores. El promedio de duración de aquellos individuos que habían sido victimizados por un acosador era de 26 meses, mientras que el tiempo promedio en aquellos casos que lo habían sido entre dos o cuatro acosadores, y en aquellos que lo habían sido por más de cuatro era respectivamente de 36 meses y de 55 meses. Piñuel (2001) sus criterios empleados fueron la exposición a uno o más comportamientos de acoso, con una frecuencia semanal y con una continuidad de más de seis meses de ese comportamiento. En el 47% de los casos la violencia había durado más de un año y en el 30% dos o más. Las conductas de acoso más frecuentemente informadas por las víctimas eran: "asignación de tareas sin sentido" o "por debajo de las competencias del trabajador", "poner bajo presión" y "esfuerzos sistemáticos para devaluar a la persona". Como sugieren (Zapf y Einarsen, 2005) esta diferencia es atribuible al método utilizado para encontrar y contactar con las víctimas de *mobbing* y que concluye en la autoselección de una muestra de mayor gravedad.

La epidemiología del *mobbing* presenta como vemos resultados contradictorios dependiendo de las escalas utilizadas para su medición y de los sectores laborales analizados (Agervold, 2007), así las tasas de prevalencia del acoso psicológico varían entre países, industrias (Oxenstierna et al, 2012) y métodos de evaluación (Cowie et al, 2002). En el estudio de Báguena et al (2006) sus resultados concluyen que el tipo de empresa por si mismo no es un factor de vulnerabilidad al *mobbing*. Según (Di Martino, 2003) se podría hablar también de una diferencia de

prevalencia según el carácter episódico o crónico del fenómeno: 10% y 5%, respectivamente. Cabe observar que las diferencias y gran diversidad de resultados entre los países pueden ser reflejo del grado de sensibilización frente a este tema, de la disposición a manifestarlo públicamente, o por lo que a la evaluación se refiere, la investigación sobre *mobbing* se ha guiado básicamente para identificar estas conductas por tres enfoques principales distintos a la hora de recoger datos sobre la prevalencia del *mobbing*:

El primero denominado método operacional, objetivo o basado en criterio (Notelaers et al, 2006), evalúa una medición objetiva de la *exposición a las actividades de mobbing* o de la exposición percibida a conductas específicas de acoso, basado en el enfoque desarrollado por Leymann (1992a), donde se pregunta a los encuestados con un inventario de comportamientos negativos identificados por *mobbing*. En este método al consultado se le presenta un conjunto de ítems que miden clases específicas de conductas de *mobbing* y el individuo tiene que indicar si se ha visto expuesto a ellas con regularidad durante los últimos seis meses. Se consideran víctimas de acoso a quienes responden que están siendo objeto de al menos un acto especificado en el cuestionario, semanal o diariamente, desde hace por lo menos 6 meses.

Los instrumentos de medida más comúnmente utilizados según este criterio son el LIPT (Leymann, 1990b), modificado por De Rivera y Rodríguez (2003 y 2005), ampliándolo con 15 nuevos ítems, alcanzando el número total de 60 ítems (Cuestionario de estrategias de APT-LIPT60), la denominada escala Cisneros, cuestionario que forma parte del Barómetro CISNEROS® elaborado por Iñaki Piñuel (2001) integrado por tres escalas cuyo objetivo es sondear de manera periódica el estado, y las consecuencias, de la violencia en el entorno laboral de las organizaciones, el NAQ de Einarsen y Raknes (1997) modificado más tarde por Einarsen y Hoel (2001), adaptada a España por (Saéz et al, 2003) y en versión reducida por Moreno et al (2007) o la *Work Harassment Scale* (WHS) de Björkvist et al (1994a).

Un segundo método es el método subjetivo (Einarsen, 2000) o de autoevaluación o método de la *victimización percibida*, ya que se basa en la percepción subjetiva de quien responde al cuestionario (Morán et al, 2009). Este método esta basado en la investigación desarrollada por Olweus (1994) en el ámbito de la violencia escolar, donde se le pide a la persona que indique, en base a una definición de *mobbing*, si él o ella se siente o no expuesta a *mobbing*. Esta medición subjetiva evalúa la percepción de ser víctima de acoso. Esta aproximación se basa en un método de auto-etiqueta, según el cual se pide a los participantes que indiquen si ellos se perciben a sí mismos como víctimas de *mobbing* o no. En este método a los encuestados se les presenta una definición de *mobbing* y se les pide que indiquen si han sido víctimas de tal experiencia. Esta aproximación es conocida en la literatura del *mobbing* como método subjetivo, o de autoevaluación.

El tercer enfoque, y menos utilizado, es el que utiliza el método objetivo y el de auto-etiqueta combinados. Algunos de ellos a la hora de estudiar la prevalencia del *mobbing*, se pregunta no sólo a las víctimas, sino también a los que son considerados su agresor de la relación y se comparan los resultados por pares. Moreno et al (2005) emplearon un cuestionario mixto, dividiendo las conductas típicas de acoso en categorías (*aislamiento social, desacreditación, exigencia extrema, consecuencias*) y pidiendo al sujeto que conteste el grado en que padece esas conductas de acoso en una escala de 0 (*Nunca*) a 4 (*Continuamente*).

La mayoría de estudios se basan en los dos primeros (fundamentalmente en el objetivo) pero cuando se utiliza el método objetivo y el de auto-etiqueta combinados, ni siquiera la mitad de los participantes categorizados como víctimas

se consideran (según el método subjetivo) a sí mismas como tales. No obstante, ambos métodos por separado también han sido objeto de numerosas críticas, pues la frecuencia exacta del APT varía mucho de unos estudios a otros (Zapf et al, 2003), ya que utilizan diferentes criterios cuando deciden quién es una víctima y quién no. Es esta variabilidad en las estrategias y procedimientos la que da lugar a oscilaciones importantes entre los distintos estudios.

Cuando se utiliza el método objetivo en los estudios, la frecuencia de acoso varía entre un 8% y un 15%. Entre las razones para cuestionar la validez del método objetivo distinguimos dos. En primer lugar, el punto de corte proporcionado por este método para considerar que alguien padece o no *mobbing* se escoge de manera arbitraria. Habitualmente, los estudios que utilizan el LIPT y el NAQ establecen que una persona es considerada víctima de *mobbing* cuando responde al menos a un ítem del cuestionario con una frecuencia semanal y durante los últimos seis meses. Zapf et al (2003) concluyen que con este procedimiento se suele obtener unas tasas de entre el 3% y el 7% de personas que informan ser víctimas de *mobbing*. No obstante cuando esta estrategia se ha utilizado en otros estudios ha dado lugar a porcentajes de *mobbing* más extremos (Niedl, 1996). Otros estudios utilizan criterios incluso menos estrictos (no con una frecuencia de 'una vez a la semana en los últimos 6' meses sino 'ocasionalmente en los últimos 6 meses') y los comparan con los más estrictos. Estos estudios permiten contraponer unas tasas de entre el 1% y el 4% de casos de *mobbing* grave frente a alrededor de un 10% de casos que han experimentado el *mobbing* de forma ocasional (Einarsen y Skogstad, 1996; Hoel y Cooper, 2000). En segundo lugar, cada método utiliza un número de actos diferentes (desde 24 en el NAQ a 45 en el LIPT), lo que puede determinar que el número de víctimas halladas dependa realmente del listado de actos negativos que se hayan utilizado para realizar el cuestionario. Por otra parte, no todos los actos revisten el mismo nivel de gravedad, de tal manera que en ocasiones incluso un bajo nivel de exposición a determinados actos negativos puede considerarse acoso en el trabajo.

Cuando se utilizan métodos subjetivos, se proporciona a las personas una definición precisa de *mobbing* y ésta tiene que contestar si sí o no la ha experimentado para estimar la proporción de las víctimas, la frecuencia está entre un 1 y un 10%. Con este método algunos estudios detectan entre un 1% y un 4% de casos graves de *mobbing* (Einarsen y Skogstad, 1996). Otros estudios combinan el método de la exposición y el de la victimización percibida, lo que da lugar a la obtención de un menor número de víctimas (Mikkelsen y Einarsen, 2001; Salin, 2001) Y, finalmente, en otros estudios se explora el *mobbing* observado, de manera que a las persona se les pregunta no solo si han experimentado *mobbing*, sino también si han visto a alguien en su trabajo que haya sido víctima del mismo. Utilizando esta estrategia en un estudio finlandés con funcionarios de prisiones se encontró que el 23% de las personas informaba de haber sufrido *mobbing* y el 46% informaba de haberlo visto en su lugar de trabajo (Vartia y Hyyti, 1999).

Otros investigadores han utilizado el listado de las conductas de *mobbing* de la WHS. Con este procedimiento aproximadamente entre un 10% y un 17% de los individuos informan ser víctimas de *mobbing*. En otras investigaciones se interroga directamente a la persona "si ha sido víctima de *mobbing* durante los últimos seis meses". Es la estrategia que arroja un mayor porcentaje de casos de *mobbing* ya que alrededor de un 25% de las personas contesta afirmativamente a esta pregunta, lo que puede deberse al uso no técnico que se hace de los términos en el lenguaje cotidiano y según el cual conflictos menores y usuales que ocurren en el trabajo son confundidos con *mobbing* (Zapf y Einarsen, 2005).

Al margen de la peculiaridad de los estudios que acabamos de mencionar, las disparidades que se producen en las tasas de prevalencia entre los países y dentro

de cada país se deben a dos razones fundamentales. La primera a mencionar se relaciona con las diferencias culturales, de forma que determinadas actividades de *mobbing* pueden ser condenadas en un país y toleradas en otros (Power et al, 2009). Por ejemplo, los abusos verbales puede considerarse "algo normal" y por lo tanto se tolera más, en los países del Sur de Europa que en Alemania o los Países Nórdicos. Estas diferencias pueden conducir a una representación distorsionada de la realidad, de forma que aquellos países que tienen una conciencia más clara del problema aparecen estadísticamente "penalizados" frente a aquellos países en los que se ha prestado menos atención a este problema (Matsumoto et al, 2008). Más grave resulta esta distorsión cuando entramos en el terreno del acoso sexual, ya que las percepciones y tradiciones culturales juegan un papel muy importante a la hora de describir y sancionar esa conducta. Una segunda razón, más básica que la anterior, puesto que influye no solo en las tasas de prevalencia diferenciales que se observan entre los países sino también dentro de cada país, se relaciona con el método empleado por el investigador para evaluar el *mobbing* y con las estrategias seguidas a la hora de delimitar la frontera (frecuencia y duración de los comportamientos) de lo que se considera o no como una víctima de *mobbing* (Báguena et al, 2006).

No obstante, una posibilidad que permite cierta comparación entre países la ofrece las encuestas europeas sobre condiciones de vida y trabajo (*European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions*, 2001) en las cuales se utiliza la misma metodología para la recolección de datos en todos los países miembros de la Unión Europea. Desde una perspectiva cronológica, se observa en estas encuestas el incremento que está teniendo este fenómeno en los últimos años con una incidencia media del 8% en el año 1996 y el 9% en el 2000. En España los resultados de esta encuesta revelan una incidencia del 5%, lo cual se aproxima al 4.5% encontrado en la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España (Almodóvar et al, 2004), y muy lejos de los resultados de (Piñuel et al 2004), quienes encontraron una incidencia del 22%

Con el fin de facilitar un instrumento de medida fiable y útil, los investigadores Escarpín et al (2010) presentaron ese año una escala recientemente desarrollada y validada, *la Escala de Abuso Psicológico aplicado en el lugar de Trabajo (EAPA-T)*, dirigida a profesionales y académicos. Esta escala es útil cuando lo que se pretende es tener una visión general y rápida de una organización, los métodos cuantitativos, más extensivos y económicos, tendrán más sentido y aportan luz sobre aquellas áreas que pudieran requerir mayor y más profundo estudio. En cambio, cuando la administración de un cuestionario sugiera la existencia de *mobbing* en un área específica de la organización, las metodologías más cualitativas tales como la entrevista podrán tener mayor cabida, aportando información más específica y profunda de la situación de *mobbing*.

Siguiendo esta línea de simplificación de ítems, otros investigadores españoles Morán et al (2009) han planteado y valorado psicométricamente la validez de otro método de evaluación del *mobbing*, el Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido (CAPP), que se enmarca en la segunda aproximación, es decir, en la del método subjetivo, de entrevista clínica. Este método esta basado en que, de las tres condiciones que propone Leymann para que pueda denominarse *mobbing*, la primera "los actos negativos han de ser sentidos como hostiles" es fundamental a nivel psicológico.

Existen también instrumentos o escalas estructuradas que tratan de ayudar a detectar signos, síntomas clínicos de "posibles casos" de enfermedad mental, causadas por el APT, entre ellos podemos citar la Escala de signos y síntomas de acoso psicológico SSAP de De Rivera (2011) (pág. 194), que recoge 40 ítems sobre la presencia, intensidad y frecuencia de una conducta indicativa de *mobbing*. Es

una versión dicotómica escalar, donde se añade la posibilidad de valorar la calidad de la estrategia de acoso desde "0", estrategia no presente, hasta "4", estrategia de intensidad o frecuencia máxima.

Incapacidad Laboral Transitoria e Incapacidad Permanente como Enfermedad Común. No reconocimiento ni como accidente de trabajo ni como enfermedad profesional de las conductas hostiles sistemáticas realizadas en el trabajo.

En nuestro estudio el hecho de que las personas afectadas suelen referir una frustración y maltrato institucional, ante la parálisis generalizada de la actuación por parte de las administraciones públicas, de sus profesionales sanitarios y no sanitarios, de los delegados y servicios de prevención de riesgos laborales, de las empresas, de las organizaciones sindicales. En general aquellas instituciones cuyo fin último sería la de defensa de la víctima frente a conductas o actitudes hostiles de forma sistemática, de comportamientos crueles por parte de jefes o compañeros de trabajo, cuya finalidad última es lograr la destrucción psicológica del trabajador, y obtener así su salida de la organización, a través de diferentes procedimientos de abusos y acosos, ha provocado que todas las personas en estudio hayan estado en ILT la conocida como IT.

Incapacidad Laboral Transitoria

Todas las personas en estudio han estado en ILT. El número total de días de baja acumulados por las 50 personas es de: 20.700 días (690 meses, 56.7 años de baja), esto representa una media de 414 días (13.8 meses) de baja por persona (444 días en hombres y 391 días en mujeres). El total de días de baja (409 meses, 33.6 años) acumulados por las 31 Mujeres fue de 12.270 frente a los 8.430 días (281 meses, 23.1 años) acumulados por los 19 Hombres. El promedio de días de baja acumulados para las mujeres ha sido de 395.8 días y de 443.7 días para los hombres.

La mediana de días de ILT de toda la población de estudio ha sido de 15 meses (435 días), 12 meses para las mujeres (360 días) y 18 meses para los hombres (540 días).

Incapacidad Permanente

De las 50 personas del estudio 13 se encuentran en IP. Las mujeres presentan menos IP que los hombres (15.4% vs 36.8%). Si se analiza por gravedad también es menor. De las 10 personas con IP absoluta hay 5 de cada sexo, siendo menor en las mujeres (16.1% vs 26.3%). En situación de la IP Total sólo hay 2 hombres (0% vs 10.5%). Hay una mujer en IP parcial (grado <33%).

La edad media de las víctimas de APT con IP fue de 46.6 años. 44.6 años en las mujeres y 48.6 años en los hombres. La edad media de las mujeres con IP absoluta diagnosticadas de TPP fue de 46.3 años mientras la de los hombres fue de 51.7 años. La mujer con TEPT fue 27 años y la del hombre con TEPT de 47 años. La mujer con TDM fue de 57 años y la de TEPT 44 años. La edad media de los hombres con IP total fue de 50.5 años. 47 con TEPT y 54 con TDM

De las 10 personas con IP absoluta, 6 presentaron diagnóstico de TTP (3 personas de cada sexo), 3 de TEPT (1 mujer y 2 hombres) 1 mujer con TDM. Las 2 personas con IP total 1 presentaba TTP y la otra TEPT. La mujer con IP parcial presentaba una ILT de 15 meses.

Duración de la ILT según diagnóstico:

En la tabla 70 se informa del tiempo de ILT (días) de la población de estudio categorizada por diagnósticos. De los resultados de esta tabla relacionados con los años de padecimiento podríamos extraer como conclusión que a más años de presión laboral tendenciosa más cronicidad pero el tiempo de ILT parece no estar correlacionado. Mientras las mujeres presentan días de ILT más equitativos entre todos los diagnósticos, en los hombres son fundamentalmente el TEPT y el TTP los que disparan los días de ILT.

Tabla 70. Tiempo de ILT (días) de la población de estudio categorizada por diagnósticos

Días ILT	ADAP	ANS	ED	TAG	TEPT	TDM	TTP
414	347.1	255	350	315	431.3	357	546
391	306	375	350	315	310.7	384	570
443.7	450	135			600	330	522

Las elevadas estadísticas de ILT de nuestro estudio son consecuencia del alto número de personas afectadas crónicamente, más allá de 18 meses. Es decir, 15 personas del estudio (13 personas en IP más 2 que agotaron 18 meses) presentaban patología de TMG y representaban el 30% de la muestra. Si el 44.7% del total de categorizaciones utilizadas por los profesionales sanitarios para describir el estado de salud de las víctimas de APT, concuerdan con los estadios descritos por De Rivera (2011) como altamente incapacitantes, por exclusión habría un 14.7% de sintomatología asignada a pacientes que estarían trabajando en situaciones de salud precarios, con elevados ratios de absentismo, presentismo y bajas laborales. Podríamos considerar que en esta situación se encontrarían 7 personas del estudio.

En base a los resultados de nuestro estudio sería conveniente proponer propuestas de mejora orientadas a optimizar el manejo de los TM en AP, la mejora del acceso a tratamientos especializados, la evaluación de la capacidad funcional del enfermo en estas patologías y del tratamiento de la patología asociada con la finalidad de conseguir una rehabilitación y reintegración social plena, el aislamiento social es uno de los grandes hándicaps de las víctimas, pues la soledad no deseada el aislamiento como hemos descrito en este tipo de pacientes puede generar TMG. No obstante, comparado con otros estudios, estos datos son compatibles y entran en los márgenes establecidos por los mismos. Así el segundo objetivo del estudio de (González Torrecillas et al, 2011) fue demostrar que los pacientes con conflictividad laboral tenían de forma estadísticamente significativa, más rasgos premórbidos patológicos de personalidad, siendo pacientes con más IT en los últimos años, y una duración más prolongada de dicha IT pese al control psiquiátrico de la mutua, además de otros factores biopsicosociales específicos. Para obtener este resultado fue necesario una visita en el 56% de los pacientes, dos visitas en el 25 % de los pacientes, y tres o más visitas en el 19% de lo pacientes, con un promedio de seguimiento de 33.5 + 18.6 días, y siendo realizadas las pruebas complementarias indicadas (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, Inventario Multiaxial de Millon, Inventario Estructurado de Simulación de síntomas, etc.)

Estos autores observaron que los periodos de IT por patología psiquiátrica, son muy superiores a los tiempos estándar establecidos por el INSS en trastornos mentales (depressiones mayores: 184±60 días vs 120 días; trastornos adaptativos ansiosos, depresivos o mixtos: 219±82 días vs 30 días, otras patologías psiquiátricas: psicosis 250±90 días vs 180 días, trastornos bipolares 120 días, trastornos depresivos no clasificados bajo otros conceptos 90 días). En su grupo de estudio (N=200), y sin diferencias significativas entre el grupo de conflictividad laboral / no conflictividad laboral, dichos procesos psiquiátricos tienen una duración muy superior a dichos tiempos.

En el estudio de Pastrana (2002) colaboraron un total de 54 médicos de Ibermutuamur de toda España quienes analizaron un total de 6.500 bajas laborales. A partir del estudio se concluyó que el 1.7% eran debidas a *mobbing* (111 casos), el 0.5% debidas a *burnout* (35 casos) y el 0,54 eran debidas a otros problemas laborales (malas relaciones). De los casos de baja por *mobbing*, el 65.8% eran mujeres y el 34.2% hombres. Respecto al tipo de trabajo, las bajas se distribuían de modo similar entre trabajadores no cualificados (45%) y cualificados (42%). El 13% restante se correspondía con trabajos que requerían una formación universitaria. Finalmente, el promedio de días de baja por *mobbing* fue de 252.43 con un rango que variaba entre 9 y 900 días.

En el estudio de Calvo et al (2009) financiado por el Ministerio de Trabajo e Inmigración se analizó la duración de la ILT asociada a distintas patologías laborales para 10 diagnósticos seleccionados en profundidad a causa de su frecuencia. Los autores analizaron en relación a los trastornos mentales tres grupos diagnósticos altamente prevalentes: los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y las reacciones de adaptación. Los resultados indican que este tipo de patología se asocian a unos períodos de incapacidad muy prolongados (estándares de 104, 81 y 80 días respectivamente). La depresión constituyó dentro de estos 10 diagnósticos analizados en profundidad el trastorno que generó los períodos de incapacidad más prolongados. Por consiguiente los trastornos mentales se perfilan como candidatos a convertirse en una de las principales fuentes de gasto por prestaciones de Incapacidad temporal por contingencia común (ITCC), al combinar alta frecuencia y duración prolongada.

En cuanto a las reacciones de adaptación o trastornos adaptativos, más leves que los otros dos o con mejor pronóstico por relacionarse de forma estrecha con acontecimientos biográficos negativos, generan períodos de discapacidad comparables a los de los trastornos más graves como la depresión o la ansiedad. La comorbilidad emerge como en principal factor pronóstico en cuanto a la duración de la ITCC por trastornos mentales, asociándose con un incremento de entre dos y tres meses de duración.

- En el estudio de Sicras et al (2010) en población general los pacientes en remisión habían causado un promedio de 47.7 días de baja, frente a los 109.5 días los pacientes sin remisión.

Discusión de los resultados del estudio en relación a la ILT/IP

La alteración del equilibrio emocional y físico que sufren las víctimas de acoso laboral produce tal desestabilización personal que conduce al trabajador a enfermar frecuentemente, con una profusión de bajas laborales que serán usadas por el acosador como argumentos para incrementar el deterioro de la mala imagen de la víctima y así desacreditarla en mayor medida (Piñuel, 2001). El MAP ha de ser consciente que en las víctimas de APT la concurrencia de desordenes, síntomas, signos, asociada o no a alguna categoría médica, o la afectación subclínica, subsíndrome no detectada, puede afectar de forma considerable el nivel de funcionalidad global del individuo, con implicaciones importantísimas en el reconocimiento o no, mediante los comunicados médicos pertinentes de partes de bajas y altas de las confirmaciones o certificaciones de ILT, así como del control de las ILT o de la IP, por parte de los Equipos de Vigilancia Médica, con orientaciones diagnósticas que dificultan la duración de la ILT y, por ende la curación del paciente (Araña et al, 2008a).

La causa fundamental de este largo padecimiento podemos atribuirlo en que a menudo las víctimas encuentran dificultades para defenderse, ya que se hallan en

ese momento de su vida en una situación real o percibida de inferioridad (Bowling y Beehr, 2006). La situación de inferioridad según estos autores puede deberse a múltiples causas, tener una posición aún no consolidada en la empresa o tener pocos compañeros que le apoyan, ser de menor envergadura física. Como consecuencia de esa inferioridad, indefensión, autoculpabilidad, falta de autoestima, el afectado se inhibe a la hora de denunciar estos hechos por la dificultad probatoria y las carencias de los sistemas de inspección laboral y judicial, lo que permite la prolongación en el tiempo del acoso psicológico laboral.

Esta tarea asistencial ya de por sí compleja cuando se trata de psicopatología aumenta su dificultad, pues el MAP debe establecer una decisión que implica la adaptación de una figura administrativa como es la ILT. La ILT es considerada por el MAP más como un asunto burocrático-administrativo, que como una decisión clínica, como un hecho clínico donde junto a los síntomas presentes, es necesario evaluar y valorar el deterioro funcional interrelacionado, ajustado a las tareas y responsabilidades ejercidas en el puesto de trabajo, que define la productividad del trabajador, siendo por tanto poco conscientes de la responsabilidad social y económica que estas decisiones conllevan, pues el argumento de minimizar por motivos estrictamente económicos como consecuencia de la crisis social-laboral-económica que sufrimos en la actualidad, los diagnósticos, los falsos positivos, el infradiagnóstico de los TM o la prevalencia de los mismos, es un error extraordinario, pues dificulta la resolución de este proceso de deterioro crónico de la víctima dificultando su reincorporación laboral, fin último de la ILT (Araña et al, 2008a).

La duración de la ILT el MAP la decidirá de acuerdo a su experiencia profesional, que a su vez, viene influida por diversos factores como la situación laboral del paciente (en nuestro caso obviamente deteriorada), el propio perfil profesional, su antigüedad en el puesto de trabajo (Calvo et al, 2009). En este acto se requerirán al trabajador afectado los datos necesarios que contribuyan a determinar la patología y el diagnóstico apropiado para la misma. En el parte de baja original, al menos, debe el médico reflejar el diagnóstico y la descripción funcional del trabajador, así como una previsión de la duración del proceso patológico. En la duración de los procesos de IT además del diagnóstico y de la severidad del cuadro clínico, existen otros factores que influyen, los sociodemográficos (sexo, edad, estado civil y nivel de estudios), los sociolaborales (régimen de la SS, grado de satisfacción en el trabajo, el horario y tipo de trabajo o de contrato), y los sociosanitarios (tipo de modelo de AP, problemas de acceso a la atención especializada, la personalidad del MAP) (Álvarez et al, 2009).

Los criterios funcionales (valoración de la incapacidad) no son muy diferentes a los habitualmente utilizados en la medicina puramente asistencial y coinciden con los que los que los Médicos Inspectores del INSS vienen utilizando a la hora de determinar dicho aspecto de la Incapacidad Laboral. El MAP debe realizar una valoración del puesto de trabajo desde el punto de vista de la incapacidad laboral, ya que conocer los requerimientos del puesto de trabajo es determinante. El problema no es tanto el conocer los requerimientos generales de la profesión u oficio, sino conocer los requerimientos concretos del puesto individualizado que desarrolla el trabajador que nos ocupa. La progresiva mecanización de los trabajos y las diferentes circunstancias, dependientes de múltiples aspectos, relacionados con la propia empresa, empresario etc., hacen prever que un mismo puesto de trabajo puede tener diferentes requerimientos (Álvarez et al, 2009).

En cuanto a la valoración médica, la anamnesis implica la valoración de las manifestaciones de secuelas de las enfermedades o lesiones. Con cierta frecuencia, la valoración de un determinado paciente se realiza en base al propio individuo o, mas frecuentemente, en base a la enfermedad. El problema se establece, cuando

queremos objetivarlos y poner en una balanza la importancia de cada uno de ellos. Desde el punto de vista médico, lo importante sería la valoración del individuo y la forma en la que se presenta en el la enfermedad (no existen incapacidades sino incapacitados). Sin embargo no existen métodos objetivos protocolizados, y es el método empírico el sistema empleado actualmente en nuestro medio para evaluar una determinada incapacidad laboral. Este estudio se basa en la experiencia del evaluador, sin disponer de reglas o criterios determinados. Es necesario, no obstante, que vaya acompañado de una sistemática de trabajo y de protocolos de actuación que garanticen la uniformidad de criterios. (Álvarez et al, 2009).

Como podemos observar este proceso se complica, agravado por el criterio establecido por los autores de la *Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria* de (Álvarez et al, 2009). Los inspectores médicos del INSS consideran que la contingencia derivada de las enfermedades mentales que los trabajadores padecen en su puesto de trabajo tiene la consideración de ILT como enfermedad común, salvo:

- Aquellos pacientes que presenten trastornos adaptativos o clínica depresiva secundaria a las secuelas de un AT (siempre que exista una relación proporcional entre causa y efecto).
- Los trastornos por estrés postraumático cuando el trauma es un AT.
- La determinación de *MOBBING* no compete al MAP ni al Inspector médico, es competencia del juez (es una conducta delictiva no un diagnóstico) quien tendrá que escuchar a ambas partes para poder resolver. Los médicos deben valorar la *repercusión psicopatológica* que tienen unos "supuestos tratos vejatorios referidos por el paciente" los que, por tanto, deben considerarse inicialmente una *enfermedad común*.

Por consiguiente una vez expedida la certificación del comunicado de ILT, y al estar considerada enfermedad común la derivación a las USL descritas no es requerimiento que se valore. No obstante, aunque la Guía citada (Álvarez et al, 2009), indica que el mobbing no compete al MAP, aunque informa a los MAP que deben valorar la repercusión psicopatológica que deriva del mismo y constata que "inicialmente" estas enfermedades mentales deben considerarse como enfermedad común. Por consiguiente, y aquí radica el núcleo del problema, la interpretación subjetiva de esta salvedad, el propio concepto de accidente de trabajo: *toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*, y la valoración por parte del MAP de si los trastornos adaptativos, la clínica depresiva o los TEPT, cuando el trauma es un AT, trastornos expuestos a lo largo de este estudio que padecen las víctimas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo, deberían de ser consideradas derivadas de AT o enfermedad profesional, pues son consecuencia secundaria a las secuelas de un AT. La clave es la existencia o no de un AT y si existe relación proporcional entre las secuelas del AT (causa) y los trastornos adaptativos, la clínica depresiva o los TEPT son secundarios al AT (efecto).

Teniendo en cuenta este criterio, la derivación a las USL se hace necesaria e imprescindible pues estas USL son los organismos especialistas en salud laboral y asesoran y emiten informes y dictámenes a los médicos de cabecera. Al no existir comunicado de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional, la lesión corporal que padece la víctima debería ser valorada como probable consecuencia de un AT y, por tanto ser derivada a las USL pues es necesario contar con una certificación conforme existe una exposición laboral que está provocando la lesión. Así la destrucción del equilibrio psicológico de estas víctimas y su resolución, o como mínimo la no afectación crónica del mismo, deberían de ser valoradas desde su inicio y con carácter urgente por estas Unidades, pues si no se adoptan desde un primer momento medidas preventivas en el ámbito laboral, las víctimas acaban desarrollando una serie de cuadros patológicos como los descritos en apartados anteriores (Peña et al, 2011).

Ante esta situación el MAP habría de remitir con carácter urgente al trabajador que acude a su consulta a la USL quien hará un estudio de la enfermedad. Si la USL determina que la patología es profesional, comunicará el caso a la ITSS quien actuará y emitirá su informe a la USL. Ésta, recogiendo el informe de la ITSS y de su revisión médica, emitirá informe o dictamen al o la médico de cabecera estableciendo si la patología es de origen profesional o no. Si la USL determina que la patología es profesional remitirá el conjunto de la documentación a organismos de valoración de la incapacidad laboral temporal o permanente (en Cataluña realiza esta actuación el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM)) para que emitan informe, en su caso, al INSS y este determine si se trata o no de una contingencia profesional (Peña et al, 2011).

Pero al no estar reconocidos estos comportamientos como AT pasarán a estar consideradas como EC, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, siendo atendidas por tanto por profesionales sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria, MAP y no por profesionales de las USL, que disponen de médicos especialistas en medicina del trabajo, psiquiatras, psicólogos, más expertos en la identificación y posterior emisión de un informe de vigilancia de riesgos laborales y actuaciones preventivas en su empresa. Como es obvio, puede observarse como la resolución del acoso psicológico laboral ya desde su diagnóstico se complica. Por consiguiente parece necesario pararse en este punto clave para el futuro de este colectivo, pues sino se toman medidas preventivas y se canalizan a través de estas USL, el daño psíquico que padecen las personas afectadas se cronificará.

En Cataluña existen desde 1980 las "Unitats de Salut Laboral" (USL) (www.aspb.es) órganos encargados de poner en marcha actuaciones preventivas y resolutivas en la detección de problemas de salud relacionados con el trabajo, contribuyendo incluso a su resolución administrativa. Repartida por el territorio catalán, dispone de 9 centros que tratan de contribuir a la interrelación entre los diversos agentes de salud laboral. Teóricamente, antes de recibir al paciente en CCEE de psiquiatría, la víctima habría de haber sido visitada por su MAP, que tendría que haberle derivado a los especialistas de estas USL, al igual que realiza con otros especialistas (oftalmología, psiquiatría, neurología,...). Al estar considera enfermedad común no existe comunicado de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional, por tanto el MAP realizará su seguimiento como si fuese un paciente con problemas de SM. Sin embargo el MAP debería de remitir con carácter urgente el trabajador que acude a su consulta a la USL quien hará un estudio de la enfermedad como especialistas en medicina del trabajo.

La USL una vez recibe la notificación de un caso, analiza su relación con el trabajo a partir de la información clínica proporcionada por los MAP, o si no lo ha derivado éste, por los profesionales en SM. Éstas analizan si las condiciones de trabajo proporcionadas por el trabajador o trabajadora, expuestas a partir de de su propio relato y de documentación del puesto de trabajo. A través de esta información se identifican posibles riesgos laborales relacionados con el trastorno de salud y se emiten recomendaciones dirigidas a los diversos agentes implicados, como el profesional del área básica de salud, el especialista en SM, el servicio de prevención o la MATEP de la empresa donde está empleada la persona afectada, además de al propio trabajador (Ribé et al, 2011).

Si la USL determina que la patología es profesional, comunicará el caso a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) quien actuará y emitirá su informe a la USL. Ésta, recogiendo el informe de la ITSS y de su revisión médica, emitirá informe o dictamen al o la MAP estableciendo si la patología es de origen profesional o no. Si la USL determina que la patología es profesional remitirá el

conjunto de la documentación a organismos de valoración de la ILT o IP (en Cataluña realiza esta actuación el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM)) para que emitan informe, en su caso, al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Siendo este último organismo el que determina si se trata o no de una contingencia profesional (Peña et al, 2011). Sin embargo, según Cortés y Fernández (2010), se constata que muchas personas que padecen dificultades de salud en el ámbito laboral, muy a pesar que conocen donde acudir, no se atreven a notificar su situación por miedo a las represalias de su empresa y carecerá de una certificación conforme existe una exposición laboral que está provocando la lesión.

Por otro lado, el ICAM también es el organismo que en Cataluña valora las bajas laborales de un paciente. Solicita a los profesionales "el diagnóstico" de la situación del paciente y el conocimiento de las posibilidades que presenta de cara a poder realizar su actividad laboral. El reto que ello plantea a los profesionales en SM es el de poder informar, sin asumir el rol pericial, incompatible con el de clínicos terapeutas (Ribé et al, 2011). Muy a pesar del profesional, transcurrido unos pocos meses, sin que la situación del paciente haya variado mucho, aún así, el ICAM puede exigir otro informe, en un tiempo que se piensa insuficiente como para que el paciente se haya recuperado. A menudo los pacientes expresan, con indignación e impotencia, la frialdad con la que han sido tratados. Se sienten poco escuchados, desatendidos y especialmente deshumanizados en una, cada vez más, red sanitaria impersonal y burocrática (Ribé et al, 2011).

En el momento actual, ante el desconocimiento y las posibles represalias las USL están infrutilizadas. Por tanto, las personas afectadas por conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral no disponen de una actuación efectiva para la valoración de su daño psíquico ni por tanto la valoración de su daño es considerada AT o EP. De esta forma, recae en los MAP la tarea de realizar el examen de salud a las personas afectadas por APT, elaborando tras el proceso de anamnesis la historia clínica del paciente y emitiendo el informe médico referido al estado de salud, que viene definido por las conclusiones diagnósticas y/o pronósticas finales. En él se podrá tener en cuenta exclusivamente el diagnóstico sanitario o considerar también las condiciones de trabajo previas que provocaron este trastorno para que pueda reevaluarse de nuevo (González, 2004).

El cariz e importancia de este proceso de hostigamiento psicológico laboral es de tal magnitud, consecuencias sanitarias, económicas, sociales, que ante la imposibilidad de acceder a las USL, al víctima acude a pedir ayuda al profesional sanitario más accesible, el médico de medicina general, el MAP; el cual posee la potestad de derivar o no a la víctima a estas USL. El no reconocimiento jurídico de su padecimiento como EP o AT frente a estas conductas, pasa a ser considerado enfermedad común, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral. El MAP adquiere así un papel clave en el devenir futuro de la víctima pues será el encargado de gestionar la salud del trabajador (González, 2004), pero la víctima mantiene la incredulidad de su atención al observar que no disponen de una actuación efectiva para la valoración de su daño psíquico, y se pregunta ¿Por qué si las conductas de acoso y violencia en el trabajo teniendo un carácter pluriofensivo (lesiona diferentes bienes jurídicos: dignidad, integridad, salud, honor,...) la atiende un médico de medicina general?.

Sin embargo es en la práctica el MAP el que se convierte en el primer experto asistencial que atenderá al afectado. Será el primer nivel básico y fundamental de acceso a la asistencia sanitaria y de él se derivaban actuaciones que influirán en el devenir futuro de la víctima (González, 2004):

- Clasificará y diagnosticará bajo criterios de selección recogidos en un epígrafe o categoría determinada de la CIE-10 (WHO, 1992) o de DSM-IV-TR (APA, 2003), los síntomas, signos, enfermedades y/o patologías psicológicas y físicas relacionadas con el APT, pero sin una codificación internacional que integre en algún diagnóstico los diferentes síntomas, signos, enfermedades que padecen de forma reactiva frente a una agresión externa, ante estas conductas.

Al no disponer de una codificación diagnóstica consensuada que refleje que el TM de la víctima es externo a ella, es reactivo frente a un acoso externo, los MAP informan y clasifican bajo un epígrafe, un diagnóstico inespecífico o generalizado de los trastornos, síntomas, signos, enfermedades, patologías y las consecuencias psiquiátricas psicopatológicas y físicas que este acoso psicológico le está ocasionando a la víctima. Toda esta actuación le genera una doble victimización a la persona acosada, pues la estigmatiza y la hace culpable de su propia situación, atribuyendo a la propia personalidad de la víctima o, a su pasado o, a causas familiares o, a afectaciones psicológicas por la muerte de algún pariente, la causa de su problema y no, al ámbito laboral.

- Determinará y regulará los flujos de asistencia, así como el tratamiento que se les ha de otorgar a los pacientes (psiquiátrico, psicológico, farmacológico, derivación o no a otras especialidades de AE, entre ellas la USL incluida la unidad de internamiento). El MAP instaurará una pauta terapéutica a las víctimas pero sin protocolos o patrones definidos y consensuados por la comunidad médica internacional.

- Gestionará y coordinadora el reconocimiento de una serie de derechos (asistencia y protección), de las víctimas, como serán los reconocimientos o no, de los comunicados médicos que otorgan o no, los partes de bajas y altas de las confirmaciones o certificaciones de IT, causadas por contingencias comunes (enfermedad común) o profesionales (accidente de trabajo).

- Finalmente, son los responsables dentro de la mayoría de servicios sanitarios de garantizar y ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada, bajo criterios de eficiencia con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el conocimiento que habitualmente tienen los MAP sobre el paciente y su entorno, debería ser clave para el correcto enfoque de la situación, y poder proponer un cambio de contingencia a AC o EP. Para ello sería necesario y conveniente que este profesional tuviese conocimiento de la existencia misma del problema del acoso laboral, cuales son sus claves y consecuencias, de su origen, desarrollo, estadios clínicos, formas evolutivas y de manifestación, diagnósticos más plausibles con evidencia científica expuestos por profesionales de reconocido prestigio en el tratamiento de este colectivo, y estar capacitado para realizar un primer abordaje diagnóstico y posterior tratamiento lo más eficaz posible. La relevancia del proceso diagnóstico reside en su papel determinante en la intervención, abordaje y evolución de la víctima (González, 2004).

El esfuerzo es grande ya que la evaluación psicológica requiere de un análisis de criterios sintomatológicos descritos en categorías, donde la cantidad o número exacto necesario, el umbral de intensidad con que aparece y su gravedad o la duración y análisis de la transitoriedad del síntoma, son criterios esenciales para determinar la existencia de un cuadro psicopatológico relevante que requiere intervención (Araña et al, 2008a). Para complicar más este proceso, encontramos las fases, estados y etapas que suelen atravesar los cuadros o categorías diagnósticas, los síndromes, síntomas, signos, junto al encubrimiento con que se presentan en el APT, provocando uno o varios problemas físicos, enmascarando el motivo principal de la consulta (De Rivera, 2011). La incidencia e interacción de la SM derivada del mobbing con la psicopatología en el ámbito laboral es alta, de ahí que la actuación del MAP se ve condicionada por variables tan importantes como la gestión de la ILT que conlleva esta patología laboral, las repercusiones económicas, personales y administrativas que ello le comporta, las presiones por parte de los gestores sanitarios en cuanto al mantenimiento de la ILT y el gasto de la prescripción farmacológica que genera. Todo ello repercute en sus decisiones y

actuaciones como profesional sanitario ante el paciente. Pero dispone de poco tiempo para dedicarle, para realizar una anamnesis adecuada y valorar su seguimiento. En fin, para poder aproximarnos a la actuación de los MAP, cuya finalidad es establecer un diagnóstico y una prescripción acertada, es necesario conocer varios aspectos con los que trabaja a diario (Araña et al, 2008a).

Entre las variables que condicionan la gestión de la ILT que debe realizar el MAP, destacan aspectos recogidos la Guía (Álvarez et al, 2009) elaborada por médicos inspectores de los EVI pertenecientes a la SS. Ha de valorar datos de sospecha, de simulación del paciente, considerados básicos por los autores de esta Guía. De la entrevista psiquiátrica el MAP ha de entresacar u objetivar, antecedentes personales, sociolaborales y, clínicos, así como detectar las IT previas y sus causas. La interpretación subyacente de este análisis de sospecha o simulación, es que debe detectarse si el paciente simula para obtener un subsidio sin trabajar, obtener una paga cada mes si le consideran incapacitado para trabajar. El motivo último es detectar la búsqueda de renta por parte del paciente. Clásicamente se ha descrito como la búsqueda de compensación económica tras accidente de trabajo con secuelas no graves e inexplicables (Ribé et al, 2011).

La sociedad y los profesionales sanitarios piensan que el estrés psicosocial, el acoso psicológico pueden ser considerados como un AT clásico y originar la nueva "neurosis de renta", como una claudicación psíquica, donde se busca una compensación ante el convencimiento de que ya no se puede trabajar (Aldea, 1994). En cambio, podría considerarse esta actuación como una secuela al sufrimiento mental que padece la víctima derivado de una mala gestión de los riesgos psicosociales, por parte tanto de las empresas, de sus MATEP así como de la sanidad pública. También podría pensarse, que el rentismo puede constituirse como la última salida ante un importante estrés laboral, difícilmente asimilable (Ribé, et al, 2001). El deseo de indemnización no siempre se haya basado en una avaricia por el dinero y en una desgana para el trabajo, puede radicar también, en un auténtico temor a convertirse en inválido y a no poder sostener ya a la familia (Ribé et al, 2001).

Esta tarea asistencial ya de por sí compleja cuando se trata de psicopatología aumenta su dificultad. El MAP debe establecer con baremos subjetivos, recogidos por la propia Guía citada, la confirmación o no de una figura administrativa como es la ILT y valorar a la vez sospechas de simulación. La ILT es considerada por el MAP más como un asunto burocrático-administrativo, que como una decisión clínica, como un hecho clínico donde junto a los síntomas presentes, es necesario evaluar y valorar el deterioro funcional interrelacionado, ajustado a las tareas y responsabilidades ejercidas en el puesto de trabajo, que define la productividad del trabajador, siendo por tanto poco conscientes de la responsabilidad social y económica que estas decisiones conllevan, pues el argumento de minimizar por motivos estrictamente económicos como consecuencia de la crisis social-laboral-económica que sufrimos en la actualidad, los diagnósticos, los falsos positivos, el infradiagnóstico de los trastornos mentales o la prevalencia de los mismos, es un error extraordinario, pues dificulta la resolución de este proceso de deterioro crónico de la víctima dificultando su reincorporación laboral, fin último de la ILT (Araña et al, 2008a).

Los gestores sanitarios aprietan a los MAP para contener el gasto sanitario, incluido el propio salario de los MAP. Éste con todas las variables encima de la mesa ha de decidir como actuar. De su acto médico dependerá no sólo la relación con sus superiores sino que también influirá en la relación médico-paciente. Si la víctima desconfía de él, la influencia de éste en la resolución y gestión del objetivo terapéutico planteado se verá desacreditada, dificultará la relación, al estigmatizar con sospechas aún más a la víctima. El psicólogo de las propias asociaciones de

acoso laboral, escolar, sexual, valora la simulación por su propio prestigio personal y por el de las propias asociaciones. Constata su propia actuación con otros informes clínicos expedidos por los MAP, psiquiatras, USL. Compara el registro de un juicio detallado clínico, y el plan terapéutico propuesto por otros profesionales con el reconocimiento personal mediante entrevista clínica personal de la persona afectada. A ella se suma una exploración psicológica con aplicación de varias escalas neuropsicológicas que expondremos más adelante en este apartado: escala de Beck, escala Hamilton de ansiedad, escala Hamilton de depresión, escala de gravedad de síntomas del TEPT (Echeburúa et al, 1997), entrevista clínica estructurada CAPDS (escala para la determinación de trastorno por estrés post-traumático) y análisis de riesgos laborales mediante la evaluación del cuestionario de estrategias de acoso LIPT, tanto en su versión original, como en la versión modificada por el De Rivera (LIPT-60) (ver anexo 4).

Por consiguiente el diagnóstico del hostigamiento psicológico laboral y, la diferenciación con otras patologías como el estrés laboral, el burnout, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, etc. será el primer reto al que deberá enfrentarse el MAP. Para ello será fundamental que conozca las consecuencias que ese hostigamiento, en caso de existir, ha producido en el paciente. Por ello debería ser clave para el correcto enfoque de la situación no solo el conocimiento que habitualmente tienen los MAP sobre el paciente y su entorno, sino que sería conveniente además que este profesional tuviese conocimiento de la existencia misma del problema del acoso laboral, cuales son sus claves y consecuencias, de su origen, desarrollo, estadios clínicos, formas evolutivas y de manifestación, diagnósticos más plausibles con evidencia científica expuestos por profesionales de reconocido prestigio en el tratamiento de este colectivo, y estar capacitado para realizar un primer abordaje diagnóstico y posterior tratamiento lo más eficaz posible (González, 2004).

La relevancia del proceso diagnóstico reside en su papel determinante en la intervención, abordaje y evolución de la víctima. Es comprensible que toda la panoplia de síntomas que se ha expuesto, dependiendo del grado e intensidad del hostigamiento laboral, provoque una dificultad manifiesta al MAP para diagnosticar las lesiones agudas y las secuelas crónicas que padecen las víctimas (González et al, 2004). La dificultad de la valoración de las secuelas emocionales estriba por un lado en la evaluación *post hoc*, en donde no siempre es fácil delimitar el daño psicológico de la inestabilidad emocional previa de la víctima y, por el otro en la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial pronóstico diferido (curabilidad/incapacidad) (Araña et al, 2008a). La necesidad de seleccionar los signos y síntomas que están presentes o se enmascaran detrás de la información que nos facilita el paciente, resulta esencial para determinar un diagnóstico clínico, por eso la mera presencia de un síntoma o síntomas constatados, no determina de forma irrenunciable al presencia de un cuadro clínico observable, pero si pueden requerir un diagnóstico en provisionalidad por su significatividad clínica, a la espera de una mayor visibilidad del recorrido evolutivo del problema, con análisis de sus manifestaciones, intensidad, variedad y gravedad (Araña et al, 2008a).

La actividad del MAP se ve mermada además porque no disponen de una codificación internacional que integre bajo un epígrafe, un diagnóstico, y por consiguiente una pauta terapéutica adecuada, los síntomas, signos, enfermedades y/o patologías psicológicas y físicas que padecen de forma reactiva frente a una agresión externa, las víctimas de conductas hostiles sistemáticas sufridas por las víctimas en su ámbito laboral (hostigamiento sistemático psicológico en el trabajo). La dificultad de estos profesionales sanitarios es por ende la del colectivo de víctimas, pues se les considera culpables de su propia situación, ya que el diagnóstico utilizado es inherente a su propia persona y no como consecuencia de una agresión externa, es calificado como un trastorno de su personalidad.

A menudo, la forma de entender la dificultad de la persona, en el ámbito laboral, condiciona también el plan terapéutico. De tal forma que, si se focaliza el problema del usuario en lo meramente psicológico, como única solución, con el insistente empeñamiento en trabajar elementos exclusivamente inherentes a la persona, se puede descontextualizar al paciente de su realidad y revictimizarlo como único responsable de lo que le sucede. Se piensa que en SM no todo es explicable ni tratable desde los "objetos internos", como muchos psicoterapeutas tratan, rígidamente, desde el aislamiento de sus consultas. Se debe prestar atención, de forma balanceada, a la realidad y la subjetividad de forma coherente (no hay manual para esto, es el sentido común de cada uno). Ambas van unidas, sin duda, pero de forma alterada (Ribé et al, 2011). Si la actitud del MAP es percibida por la víctima, como una mera categorización de su estado como de mera asignación, y de prescripción farmacológica posterior, las relaciones médico-paciente se deterioran irreversiblemente, aumentando las repercusiones del devenir futuro de la víctima.

Las escalas utilizadas para clasificar diagnósticos de SM, CIE- 10 y DSM-IV antes citadas, no describen estrategias de intervención, el diagnóstico es un proceso de evaluación, es algo más que un proceso de asignación (Ribé et al, 2011). La asignación de un diagnóstico psicopatológico no implica un grado de deterioro o discapacidad concreta, ni garantiza, ni requiere alguna etiología conocida, como sucede en otras especialidades médicas, la información adicional más allá de la meramente diagnóstica, resulta un requisito indispensable e imprescindible en SM, que añadido al análisis del deterioro funcional de la persona y como este deterioro afecta a las capacidades particulares e individuales será crucial sobre lo que se decide. Estas clasificaciones soslayan también el contexto y realidad social. La escasa presencia de elementos sociales como factores de repercusión o desencadenamiento de TM, o incluso los criterios clasificatorios pueden desestimar erróneamente, los componentes sociolaborales implicados en algunos TM, e influir en la práctica clínica, en las resoluciones judiciales y, en los procedimientos periciales (Ribé et al, 2011). Los MAP no sólo se encuentran ante estas dificultades de clasificación, sino que la propia anamnesis es compleja. No se encuentran ante lesiones objetivas plenamente identificables o con alteraciones detectables objetivamente en pruebas de laboratorio, sino que necesitan de un esfuerzo extra y con paciencia frente la afectación psicopatológica, para el que no están acostumbrados en el poco tiempo de consulta del que disponen (González, 2004).

La DSM-IV-TR (APA, 2003) a pesar de ser una publicación más actualizada, la práctica asistencial diaria se hace cada vez más compleja, a causa de múltiples factores entre los que cobra especial relevancia el incremento exponencial de información científica por múltiples canales, internet, sociedades científicas, cursos, seminarios. Para que los profesionales pudiesen actualizar permanentemente sus conocimientos con una información protocolizada y de calidad, el MSSSI elaboró una serie de guías (MSSSI, 2008) con la finalidad de que las decisiones clínicas fuesen las más certeras, adecuadas, eficientes y seguras, (Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor, sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad e Insomnio en Atención Primaria). Así también el Ministerio de Empleo e Inmigración publicó la Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria (Álvarez et al, 2009)

En consecuencia, estas personas son consideradas por los profesionales sanitarios como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental a consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado. Por consiguiente en trastornos psíquicos asociados al trabajo y en otros relacionados con el estrés laboral, la coordinación entre AP, USL

y la Red de SM constituyen un elemento clave para el diagnóstico diferencial, y la correcta y rápida intervención. El MAP se podría convertir así en un instrumento eficaz para conseguir un filtro adecuado de derivación, y evitar que una mala relación interpersonal paciente- médico pueda provocar la tardanza, el desconocimiento, o el no acceso a estos servicios (desconocimiento de la existencia de las USL), se ha de desmitificar la etiqueta de paciente difícil a las víctimas de acoso laboral (González, 2004). Así la dificultad para observar los diferentes estadios evolutivos por los que transcurre la clínica del APT, motiva la derivación por parte de los MAP a otros especialistas, médicos de trabajo de las USL y/o especialistas de neuropsiquiatría, más expertos en detectar y canalizar laboralmente los trastornos mentales causados por el hostigamiento psicológico, tratando el MAP las somatizaciones o causas secundarias al diagnóstico principal como (cefaleas, vértigo, migrañas, fatiga crónica, fibromialgia, lumbalgia, cervicalgia, o dolores articulares inespecíficos de extremidades), esperando los informes de los especialistas y gestionando las ILT de la víctima. Esta complicada labor diagnóstica tiene como objetivo la implantación de planes de cuidados dirigidos a los problemas detectados: actividades preventivas, tratamientos psicológicos, farmacológicos, necesidad de incapacidad temporal, consejo legal y, fundamentalmente que el paciente confíe en él (González, 2004).

Descartadas las USL, serán los MAP los encargados de realizar un examen de salud a las víctimas de APT. Esta exploración clínica, es un reconocimiento médico en toda regla, donde el MAP mediante un procedimiento de interacción personal clínica, similar a la consulta médica, habrá de captar los datos de salud –síntomas y/o signos– empleando exclusivamente el interrogatorio durante una conversación interpersonal, activando toda su experiencia y conocimiento profesional y empleando los criterios y juicios profesionales personales, para decidir en minutos cual será su actuación sanitaria. Es evidente que sin un adiestramiento previo y protocolos estandarizados esta labor es compleja, no sólo porque conlleva una mayor responsabilidad, sino porqué el devenir futuro de la víctima esta en sus manos y, ésta debe confiar en su buen criterio con ese escaso margen de tiempo.

Aún así y a pesar de todo de forma “paradojica” el propio Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya otorga a las USL las siguientes funciones (Peña et al, 2011):

- Colaborar con el Institut Català d’Avaluacions Mèdiques (ICAM) organismo que realiza en Cataluña las funciones de los Equipos de Vigilancia de la Incapacidad (EVI), pertenecientes al Instituto Nacional de la Seguridad Social, como unidades de soporte especializada en la evaluación de la contingencia determinante de un problema de salud.
- Formar, asesorar y dar soporte técnico a los profesionales sanitarios de la red sanitaria pública, especialmente de los equipos de atención primaria, en materia de salud laboral. Dar soporte a la gestión de casos para su correcta resolución en el dispositivo asistencial que corresponga.
- Realizar el análisis y la actualización de la situación sobre la salud laboral para la identificación de los principales problemas de salud relacionados con el trabajo.
- Efectuar la vigilancia epidemiológica de problemas de salud relacionados con el trabajo y atendidos en la red sanitaria pública
- Impulsar la notificación voluntaria de casos relacionados con el trabajo por parte de los profesionales sanitarios de la red sanitaria pública
- Impulsar la realización de actuaciones para la prevención de los problemas de Salud relacionados con el trabajo a partir de la información del sistema de vigilancia epidemiológica, en colaboración con el Departamento de Trabajo y sus centros adscritos.
- Desarrollar proyectos de investigación epidemiológica y de servicios sobre Salud laboral.

No reconocimiento como accidente de trabajo o enfermedad profesional de las conductas hostiles sistemáticas realizadas en el trabajo.

La estrategia básica de valoración de puestos de trabajo desde AP es la recogida en la Historia Clínica/Anamnesis Dirigida de la Guía de valoración de incapacidad laboral para MAP (Álvarez et al, 2009). El MAP debe recoger del modo mas preciso posible los datos sobre el trabajador, aunque sea a través de la interpretación subjetiva del mismo:

- Profesión u ocupación: habrá que distinguir entre profesión actual (la ultima que ha realizado), profesión habitual (la que ha realizado mas tiempo) y profesiones realizadas con anterioridad. Es importante recoger los años que ha desarrollado cada una de esas profesiones, así como el tipo de jornada (completa o a tiempo parcial) y el horario (nocturno, diurno, a turnos, etc.).
- Tareas: se deberá preguntar por las tareas, procedimientos y actividades con mayor dedicación horaria, o que con mayor frecuencia realiza. También según circunstancias, habrá que interesarse por tareas esporádicas pero que conlleven algún condicionante o repercusión especial.
- Factores de riesgo o situaciones de sobrecarga percibida: aquellos factores de sobrecarga o requerimiento que indica existen. Se tratará de cuantificarlas en escalas cuantitativas sencillas del tipo 1/5, o de forma cualitativa del tipo ligera/media/alta, según la vivencia del trabajador.
- Como orientación general a la hora de recoger información del trabajador, sobre su puesto de trabajo, puede seguirse el siguiente esquema de preguntas que cubre todo el espectro de elementos o factores de riesgo, que hace?, como lo hace?, donde lo hace?, con que lo hace?

En el proceso de anamnesis, los datos que deben valorarse en la entrevista, según la Guía mencionada (Álvarez et al, 2009), son los síntomas que refiere el paciente, las limitaciones laborales que le suponen y las actividades diarias que realiza: domésticas, de ocio, relaciones familiares y sociales, conducción de vehículos. Este relato proporciona a los MAP datos sobre la memoria, concentración, lenguaje, atención, orientación temporo-espacial, independencia, astenia, ritmos circadianos, anhedonia, apatía, aislamiento, capacidad de relación del paciente. La utilidad radica en conseguir no solo un acercamiento diagnóstico sino una descripción detallada de los síntomas y la disfunción que provocan. La Guía valora como importante recoger los datos que deberán adjuntarse en la denominada ficha inicial para la valoración psiquiátrica en AP (anexo 28).

Después del proceso de anamnesis la Guía (Álvarez et al, 2009) le aconseja elaborar una historia clínica del paciente y emitir un informe médico referido al estado de salud de la víctima, que viene definido por las conclusiones diagnósticas y/o pronósticas finales. En él se podrá tener en cuenta exclusivamente el diagnóstico sanitario o considerar también las condiciones de trabajo previas que provocaron este trastorno. Teniendo en cuenta sólo las conclusiones sanitarias, pueden darse los siguientes cinco estados de salud:

- a) salud real;
- b) salud con susceptibilidades personales;
- c) salud alterada con sólo lesiones preclínicas;
- d) salud alterada con lesiones clínicas sin sufrimiento personal, y
- e) salud alterada con sufrimiento personal de enfermedad.

Teniendo en cuenta las condiciones laborales de riesgo podemos tener cuatro estados de salud:

- a) sin riesgo presente;
- b) con riesgo pero sin exposición a él;
- c) con exposición al riesgo, y
- d) con sobreexposición al riesgo.

Ambos estados determinarán el diagnóstico, y el otorgamiento o no de la ILT. La expedición del parte de baja laboral debe ir precedido de este reconocimiento médico del trabajador a los efectos de constatar y determinar de forma objetiva por parte de un profesional que efectivamente concurre la IT para el trabajo habitual. En este acto se requerirán al trabajador afectado los datos necesarios que contribuyan a determinar la patología y el diagnóstico apropiado para la misma. En el parte de baja original, al menos, debe el médico reflejar el diagnóstico y la descripción funcional del trabajador, así como una previsión de la duración del proceso patológico (Álvarez et al, 2009).

Una vez expedida la certificación del comunicado de ILT, el nuevo reto al que se enfrentan los MAP y los especialistas de SM es el de establecer un diagnóstico diferencial de APT, el de realizar una descripción funcional del trabajador, así como el de valorar una previsión de la duración del proceso patológico. La duración de la ILT el MAP la decidirá de forma subjetiva, con baremos de acuerdo a su experiencia profesional, que a su vez, viene influida por otros factores como la situación laboral del paciente (en nuestro caso obviamente deteriorada), el propio perfil profesional, su antigüedad en el puesto de trabajo (Calvo et al, 2009). En la duración de los procesos de ILT además del diagnóstico y de la severidad del cuadro clínico, confluyen otros factores:

- Sociodemográficos: sexo, edad, estado civil y nivel de estudios,
- Sociolaborales: régimen de la SS, grado de satisfacción en el trabajo, el horario y tipo de trabajo o de contrato.
- Sociosanitarios: modelo y tipo de AP, problemas de acceso a la AE, personalidad del MAP.

Estos factores son en ocasiones más influyentes en la decisión de volver al trabajo que la propia enfermedad, debido a la dificultad para determinar con certeza la capacidad laboral en determinadas patologías y la falta de criterios operativos que auxilien en la toma de decisiones. Así el MAP debe realizar una valoración de la medición objetiva del daño psíquico que ha ocasionado el APT. En la evaluación de las lesiones y secuelas tanto psíquicas como físicas que ha ocasionado el APT hay cuatro cuestiones esenciales que estos profesionales deben valorar:

¿Tiene el suceso traumático suficiente gravedad como para haber causado el cuadro clínico actual?

¿Cuál es la historia psiquiátrica y de victimización anterior del paciente?

¿Esta basado el diagnóstico del cuadro clínico actual exclusivamente en los informes subjetivos de la víctima?

¿Cuál es el nivel actual de deterioro psiquiátrico funcional de la víctima?

En las consideraciones generales de la Guía (Álvarez et al, 2009) la valoración de la capacidad laboral y su grado viene dada por la respuesta a las siguientes cuestiones:

¿El diagnóstico realizado se ajusta a criterios diagnósticos?

¿Existe una repercusión funcional que impida la realización de su trabajo?

¿La emisión de una IT va a servir para la mejoría del enfermo?

¿La terapéutica pautada limita las actividades del enfermo de forma significativa?

¿El pronóstico y la naturaleza de la patología indica previsiblemente que las limitaciones sean progresivas o definitivas?

¿Es capaz de realizar su trabajo?

¿Es capaz de realizarlo de la forma (horario y ritmo) que implica su jornada laboral?

¿Es capaz de desarrollarlo en el entorno material y humano en que ha de realizarse?

¿Es capaz de soportar la carga psíquica que supone la realización continuada de trabajo? (decisiones, programación, supervisiones, cumplimentación de tareas y ritmos laborales).

De acuerdo con la Guía (Álvarez, 2009), en el anexo 29 puede encontrarse la escala de evaluación de la actividad global como una valoración de la medición objetiva del daño psíquico que se ha ocasionado a la víctima el APT. Indica que es preciso diferenciar dentro de los TM dos grupos bien definidos:

El primer grupo lo constituyen aquellas patologías graves y habitualmente crónicas que suelen afectar a las facultades superiores, suelen ser progresivas y alteran el juicio sobre la realidad (esquizofrenia y psicosis de curso crónico y progresivo o con frecuentes recurrencias y síntomas residuales, trastornos bipolares, trastorno depresivo crónico severo o con síntomas psicóticos, demencias). Su presencia determina que, en general, y a no ser que se constate una evolución satisfactoria o al menos estable y sin criterios de severidad tanto en los informes de atención especializada como en nuestras propias consultas, la capacidad laboral suele estar mermada de forma, al menos, considerable y, en general, deben ser valorados de cara a una posible Incapacidad Permanente (Álvarez, 2009).

El segundo grupo, lo constituyen síndromes depresivos de mayor o menor entidad, distimias, trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos, etc. Es mucho más numeroso, con una frecuencia en aumento y de mucha mayor complejidad en la valoración. En estos, las facultades superiores (pensamiento, juicio, lenguaje) suelen encontrarse intactas y las limitaciones suelen venir dadas más por aspectos, *de segundo nivel*: tristeza, falta de impulso, falta de ilusión, tendencia al aislamiento, emotividad. Suelen ser compatibles en muchos casos con una actividad laboral adecuada a *expensas de un esfuerzo* por parte del paciente, actividad recomendada habitualmente, además, por los psiquiatras como factor beneficioso en su tratamiento y estabilización (Álvarez, 2009).

En la valoración debe por tanto diferenciarse entre el no poder de los primeros y el no tener ganas de estos últimos, entre la aptitud y la actitud, entre la posibilidad y la voluntad. La valoración fundamental a nivel de AP deberá realizarse según la Guía (Álvarez, 2009) en estos últimos y en ella han de tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1. La mayoría de pacientes, no están *totalmente* limitados o incapacitados. En caso de existir, las limitaciones habrán de ser similares en *las tres esferas* (laboral, social y familiar) sin diferencias significativas entre ellos.
2. La valoración del enfermo mental tiene que llevarse a cabo por medio de una *entrevista clínica* que, de forma más o menos exhaustiva, *puede realizar cualquier médico*. En los trastornos mentales el diagnóstico se basa, prácticamente en exclusiva en una correcta realización e interpretación de los datos obtenidos en la entrevista clínica, por lo que en Atención Primaria se dispone de importantes posibilidades de diagnóstico y valoración de las patologías más comunes (síndromes ansioso-depresivos).
3. La objetivación de la situación funcional se realizara, además de por lo que *nos refiere el paciente*, por las *impresiones* que los médicos saquen de la entrevista, por las *repercusiones somáticas* de los procesos (estigmas físicos de ansiedad o depresión) y por los *datos sobre su gravedad o evolución* (asistencias a urgencias, internamientos, procedimientos judiciales...).
4. La vulgarización de la terminología psiquiátrica y el uso de diagnósticos cajones de sastre hace que en la actualidad se tienda a equiparar aspectos tales como *tristeza* (sentimiento vital normal que no produce a priori limitación) y *depresión* (tristeza patológica que produce limitación funcional), *nerviosismo* (mecanismo de respuesta al estrés) y *ansiedad-angustia* (respuesta inadecuada por lo excesiva a un estrés que determina síntomas físicos o psíquicos que producen limitaciones

funcionales). Todo ello determina una verdadera psiquiatrización de la vida y los sentimientos cuyo paso habitual posterior es la instauración de un tratamiento y *la percepción por parte del paciente de su situación como una causa de incapacidad*.

5. Además, la mayoría de los *modernos psicofármacos* de mucho más fácil manejo y mucho menos peligrosos que los *fármacos tradicionales* (neurolépticos clásicos, IMAO, tricíclicos), son usados, en general, de forma mucho más laxa e indiscriminada que anteriormente, por lo que el hecho de estar en tratamiento *no es un indicativo en modo alguno de severidad* o limitación funcional.

6. El grado de *discapacidad* no está correlacionado con *el diagnóstico* sino con la *repercusión* de ese diagnóstico sobre el *nivel de funcionamiento* de cada individuo, la IT debe ser prescrita, por tanto, en función no de la patología diagnosticada, sino en relación a la dificultad que presenta el paciente para desempeñar su actividad laboral o las repercusiones negativas que pueda tener esta sobre su patología.

7. Ciertas patologías pueden determinar una limitación funcional derivada, más que de los síntomas propios de la enfermedad, de una alteración *cognitiva* asociada (trastornos bipolares, psicóticos, depresiones graves y crónicas). Deben evaluarse especialmente la capacidad para desarrollar profesiones que impliquen *alto nivel de exigencia, responsabilidad, presión mental excesiva, esfuerzo intelectual alto, reflejos activos* (conductores, maquinaria peligrosa). Ciertos pacientes (depresivos severos y psicóticos residuales) son menos resueltos a la hora de solventar los problemas, con mayor utilización de reacciones emocionales en los enfrentamientos y mayor dificultad en la *toma de decisiones*.

8. Yatrogenia de la IT: una de las misiones fundamentales de cualquier médico, ha de ser el evitar el perjuicio que puede suponer para el paciente la pérdida de la actividad laboral y más aun cuando no es previsible que la patología y limitaciones mejoren con ello.

9. Factores generales de mal pronóstico en las patologías psiquiátricas:

Mal ajuste premórbido.

Predominio de síntomas de deterioro cognitivo.

Marcado retraimiento social y deficiente apoyo sociofamiliar.

Más de 3 brotes (recaídas).

Resistencia a un tratamiento adecuado.

Alteración conductual.

Escasa adherencia al tratamiento.

Ingresos hospitalarios prolongados o reiterados.

10. Está demostrado que son factores influyentes en la recuperación la participación del individuo en la mayor medida posible en sus actividades cotidianas, entre las que se incluye el trabajo a pesar de la existencia de síntomas.

En casos concretos (fundamentalmente síndromes ansioso-depresivos y trastornos adaptativos) la propia Guía (Álvarez, 2009) admite que debe valorarse la *negociación de periodos breves de baja con el paciente para atender a la reagudización de algún síntoma en particular (insomnio, pérdida de apetito, estresor agudo, ...)* con la explicación inicial al paciente de que su situación de IT será transitoria, que dentro de su terapéutica el trabajo es fundamental y por tanto la necesidad de volver al trabajo cuando estos síntomas mejoren sin esperar a la curación completa para ello (entendiendo como curación la ausencia de síntomas).

La incidencia de los procesos de IT por problemas laborales está aumentando mucho en los últimos años y es entendible que el trabajador en ocasiones requiera de un periodo de adaptación. Los pacientes reconocen que podrían volver a trabajar

si volviesen a la situación inicial, o que podrían realizar el mismo trabajo que venían desempeñando pero en otra empresa, con otro turno o en otra ubicación, lo que no es razonable es que un problema principalmente laboral, implique largos períodos de incapacidad temporal y menos la valoración de una incapacidad permanente, siempre que no exista repercusión psicopatológica relevante (Álvarez, 2009).

Por lo que hace referencia a la evaluación clínica del daño psicológico de una víctima afectada de un suceso traumático causado por un hostigamiento psicológico laboral, se requiere de un análisis cuidadoso de la agresión sufrida, que no corresponde necesariamente con un cuadro clínico concreto. Inicialmente las personas con dificultades en el ámbito laboral, que no saben de entrada que les sucede, expresan síntomas muy vagos como son la ansiedad y somatizaciones. Este tipo de "trastornos" son en sus inicios muy inespecíficos e insidiosos, aunque se detecta que cuando la víctima debe reincorporarse al trabajo, el domingo por la noche o el lunes por la mañana, pueden presentar dichos síntomas de forma más acuciante (Ribé et al, 2011). Habitualmente no lo relacionan con los determinantes laborales y los mantienen disociados (Piñuel, 2008). El acoso laboral, también pueden expresarse en forma de irritabilidad y mal genio hacia su familia. Posiblemente este ya sea un síntoma del maltrato que puedan estar padeciendo. Además de estos, sufren también de insomnio, pérdida de alegría y fobias, con las que la persona se garantiza el alejamiento del foco de conflicto, permitiéndole así, no acudir al trabajo. Los síntomas más claustrofóbicos, como agobio al entrar en el metro, pueden movilizar las ansiedades vividas en el medio laboral como la opresión, estrecha persecución etc., etc. (Ribé et al, 2011).

La detección en las fases iniciales del "trastorno" es esencial, sobre todo para realizar un abordaje precoz, antes de que la persona quede más dañada y se comprometa su recuperación. Así, en esta fase puede ser conveniente una baja laboral para salir del medio patógeno (Ribé et al, 2011). El acoso laboral suele implicar una descalificación profesional (Hirigoyen, 1999). Uno de los primeros signos que presentará la persona que pida ayuda será el de sentir dudas acerca de su capacidad profesional. Así, el sujeto empieza a dudar en su trabajo, si hace bien las tareas. En estadios más avanzados puede entrar en fases de confusión, sentimientos depresivos, autodepreciativos y caída en picado de su autoestima. En este punto la persona está con posibilidades de caer en una depresión clínica (Piñuel, 2001). Una cuestión importante, a tener en cuenta, es que el daño que pueda tener una persona en el trabajo está en relación con la duración del acoso y el tiempo en que una persona se siente sola y sin posibilidades en sus ganas de proponer y hacer proyectos (Hirigoyen, 1999 y 2001).

Si no se ha sugerido antes, debe recomendarse la desconexión temporal del ámbito laboral, de cara a evitar un colapso o fase de crisis, que significaría que la persona ha soportado demasiada presión en el ámbito laboral. Esta baja debe tener una temporalidad, ser reevaluada cada cierto tiempo y ser negociada con la persona. Hay que vigilar el estancamiento, acomodación, por parte de la persona, con la baja y también, que no la viva como un ultimátum, ya que en este caso la persona no podría relajarse. Este desconectarse del medio laboral representa, ante todo salir de un medio nocivo (Ribé et al, 2011). A veces, puede que se recomiende, estando de baja, la no comunicación con la empresa, incluida la telefónica. Algunas empresas, con importante violencia laboral, pueden llegar a utilizar la llamada telefónica o citar al paciente en la empresa, con algún pretexto razonable (pagos, documentos pendientes...), como una forma para que éste no logre zafarse de tanta presión (Leymann, 1996a)

Una vez la persona está fuera del ámbito laboral puede empezar a pensar e iniciar un tratamiento psicológico. A menudo se repara en el hecho que, tras una baja de corta duración, existen personas que se recuperan en seguida y quieren volver a

trabajar. En estos momentos de mejoría hay que vigilar, ya que puede tratarse de falsas o insuficientes recuperaciones producidas porque la persona está alejada del foco de estrés (Ribé et al, 2011).

El malestar general descrito en el apartado Lesiones y secuelas que padecen las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el ámbito laboral, se suele expresar habitualmente en forma de TEPT en comorbilidad con un TDM con sintomatología propia ansioso/depresiva. Al referirse el daño psicológico a diferentes ámbitos de la persona, el protocolo de evaluación utilizado debe ser amplio y variado, sin ser repetitivo ni excesivamente prolijo, para poder elaborar un perfil individualizado del daño psicológico sufrido y contar con al colaboración de la víctima (Echobúrua, 2004).

Este trastorno caracterizado por este grupo de síntomas, es posible que cada uno de ellos sea mediado por diferentes mecanismos neurobiológicos, no obstante la neurobiología del TEPT es compleja y aún debe de ser aclarada completamente. La evidencia actual sugiere que hay pruebas crecientes de alteraciones muy específicas de desregulación de múltiples sistemas neuroquímicos, entre ellos los sistemas de neurotransmisores (incluidos los sistemas de serotonina, noradrenalina y dopamina) y de los sistemas neuroendocrinos (incluido el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), la tiroides y los sistemas opioides endógenos), así como alteraciones neuroanatómicas estructurales y funcionales (Azcárate, 2007). El TEPT se asocia con la liberación de hormonas de respuesta al estrés, incluyendo cortisol, adrenalina, noradrenalina, vasopresina, oxitocina y opioides endógenos. La investigación sugiere que los pacientes con TEPT desarrollan receptores adrenérgicos regulados negativamente en respuesta al aumento de las concentraciones circulantes de noradrenalina. Los sistemas serotoninérgicos son también importantes y juegan un papel en la modulación de la respuesta a la activación (arousal) (la investigación animal sugiere que la infra expresión de la transmisión serotoninérgica se relaciona con una capacidad reducida para modular la activación). Conjuntamente con los marcadores neurobiológicos comentados anteriormente, se cree igualmente que ciertas áreas cerebrales tan importantes como el hipocampo o la corteza prefrontal, donde reside la memoria y el aprendizaje pueden disminuir su densidad neuronal y otra zona, como la amígdala cerebral, donde reside el miedo, puede hipertrofiarse, así como la presencia de un *cavum septum pellucidum* anormal. En el TEPT se comprueba lo que (Azcárate, 2007), denomina, "Los marcadores del miedo":

- Aumentada actividad noradrenérgica central y elevada actividad dopaminérgica troncocerebral.
- Disbalance en la secreción de noradrenalina y de opioides en el núcleo cerúleo
- Bajos niveles relativos de cortisol libre en orina y altos niveles de adrenalina noradrenalina en orina - Incremento del feedback negativo en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), con aumento del nº de receptores glucocorticoides y disminución del cortisol plasmático.
- Elevación del nº de receptores glucocorticoides en los linfocitos que correlaciona de forma positiva con la gravedad del TEPT.
- Hipersupresión típica del cortisol tras la administración de Dexametasona (control 75-80 %): (Esta prueba permite realizar Diagnóstico Diferencial con la Depresión, y el burnt-out, en la que las cifras de cortisol están siempre elevadas y no se suprime el eje HHA o la supresión es mínima), también en el TEPT se produce una gran disminución de ACTH tras la administración de cortisol.
- Síndrome del Enfermo Eutiroides (pruebas de función tiroidea anormales que diagnostican: T4 y T3 bajas con TSH normal o baja). Es un cuadro que se da ante situaciones de estrés suprafisiológico, que presentan enfermedades sistémicas crónicas (y en ocasiones agudas) graves no tiroideas.
- Suele haber un estado de hipercoagulabilidad: aumento de la actividad de protrombina y aumento de fibrinógeno, factor VII, PCR y PAI-1
- Presencia de Autoanticuerpos Antitiroideos, antifosfolípidos(lupus, anticardiolipina), antiinsulina, ANA, ANCA
- Aumento de citoquinas inflamatorias: IL-1, IL-6, TNFalfa (factor de necrosis tumoral)
- Alteración de poblaciones linfocitarias
- Detección de Síndrome metabólico insulinoresistente: Aumento de triglicéridos, aumento de LDL-colesterol, disminución de HDL-colesterol, disminución de SHBG

Las conclusiones que Azcárate (2007) propone en su libro son:

- La violencia psicológica mantenida provoca un daño cerebral. El daño cerebral es efecto de esta violencia y no causa que la favorezca
- En la actualidad se considera a esta patología un trastorno multisistémico psiconeuroendocrinoinmunológico que afecta al sistema límbico, al sistema endocrino, al SNA y al sistema inmunológico.
- Es posible mediante pruebas biológicas diagnosticar un TEPT secundario a violencia psicológica.
- Es posible mediante pruebas biológicas diferenciar un TEPT de otras patologías (depresión, ansiedad) e incluso de la ausencia de patología (simulación).
- Necesitamos estudios que nos permitan averiguar si los cambios provocados son o no reversibles.
- El TEPT secundario al maltrato psicológico en el trabajo debe considerarse una enfermedad profesional.
- Las experiencias traumáticas de la vida modifican la química cerebral. La violencia mantenida provoca un daño neurológico, pero la ausencia de violencia, entorno saludables, pueden ayudar a que seamos personas más inteligentes y más felices.
- Existe un gran desconocimiento de esta patología por parte de la sociedad y de sus sanitarios. Es urgente una puesta al día para evitar las revictimizaciones.
- Se deberían crear equipos multidisciplinares para el tratamiento y seguimiento de las víctimas, formados por médicos, psiquiatras, psicólogos, juristas, neurólogos, endocrinos, sindicatos, salud laboral, mutuas, servicios de prevención de riesgos psicosociales.
- ES URGENTE PREVENIR LA VIOLENCIA LABORAL

Esta complicada labor diagnóstica tiene como objetivo la implantación de planes de cuidados dirigidos a los problemas detectados: actividades preventivas, tratamientos psicológicos, farmacológicos, necesidad de incapacidad temporal, consejo legal y, fundamentalmente que el paciente confíe en él. En consecuencia, en trastornos psíquicos asociados al trabajo y en otros relacionados con el estrés laboral, la coordinación entre AP, USL y la Red de SM constituyen un elemento clave para el diagnóstico diferencial, y la correcta y rápida intervención. El MAP se podría convertir así en un instrumento eficaz para conseguir un filtro adecuado de derivación, y evitar que una mala relación interpersonal paciente- médico pueda provocar la tardanza, el desconocimiento, o el no acceso a estos servicios (desconocimiento de la existencia de las USL), se ha de desmitificar la etiqueta de paciente difícil a las víctimas de acoso laboral (González, 2004).

Para ayudar en la tarea de entender y abordar el fenómeno del mobbing, este estudio ha incluido diferentes instrumentos de medida o escalas estructuradas tanto para la medición subjetiva que evalúa la percepción de ser víctima de APT: destacamos como cuestionarios de conductas indicativas de mobbing el propuesto por Knorz y Zapf (24 ítems) (De Rivero, 2011, pag 141), el EAPA-T (12 ítems) y el CAPP (15 ítems); como para la medición objetiva o exposición percibida a conductas específicas de acoso: *Leymann Inventory of Psychological Terror*-LIPT (45 ítems), adaptado y modificado por el Dr. Luis de Rivera alcanzando 60 ítems (Cuestionario de estrategias de APT-LIPT60), y la *Negative Acts Questionnaire* (NAQ), o cuestionarios mixtos como el del Barómetro CISNEROS® que podrían ser útiles para completar una adecuada valoración psicológica por parte de los MAP, y que puedan reforzar el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Todos los instrumentos, escalas o cuestionarios específicos destinados a valorar la patología mental que padece la víctima de APT presentan limitaciones (sensibilidad y especificidad inferior al 100%), son instrumentos de medida que sirven para completar una adecuada valoración del problema del paciente, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. Las escalas por sí mismas no generan diagnóstico, sino que permiten detectar y seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental y psicosomática, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo por parte de otros especialistas en SM. En ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la misma y para apoyar el juicio clínico, así como también en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto de distintas intervenciones en la evolución de la enfermedad, pues las personas afectadas de

conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral pasan a estar consideradas por los profesionales sanitarios como pacientes con enfermedad o sintomatología mental. Por tanto, debido a que el tiempo disponible para evaluar a estos pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar, por consiguiente los instrumentos de medida más adecuados para la evaluación clínica del daño psicológico serían:

1. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) (Goldberg y Williams, 1996). Este cuestionario ofrece una medida del estrés psicológico. Se compone de 28 ítems y se ha diseñado como una medida de salud y psicopatología a través de cuatro escalas de 7 ítems cada una: alteraciones psicósomáticas, ansiedad e insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión severa. Estas escalas pueden utilizarse por separado, o bien pueden servir para la obtención de una puntuación global del GHQ-28 a través de la última escala denominada salud general, que es el resultado de sumar las puntuaciones totales de las otras cuatro escalas. Esta escala permite varios modos de puntuación de los ítems, siendo el más utilizado el de una escala de tipo Likert de 0 a 4, indicando el 0 "No, en absoluto" y el 4 "Mucho más (o peor) de lo habitual". El resultado de la interpretación de los datos se realiza sumando por escalas o globalmente las puntuaciones de las respuestas más desfavorables o más negativas (3 o 4) puntuando con un punto cualquiera de las dos. Cuánto más alta sea la puntuación obtenida en las escalas, desde 0 a 21 puntos en cada una, más falta de salud está experimentando el individuo. La puntuación total del GHQ-28 podría alcanzar los 84 puntos, pero una puntuación superior a 6 es indicativa de caso probable de malestar psíquico, y detecta una sospecha de patología laboral que debe ser determinada por otra escala.

2. Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS). Esta escala es una entrevista estructurada que sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Es una escala de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hace referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango de las puntuaciones es de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación (Echeburúa E, et al 1997).

La eficacia diagnóstica es muy alta si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación respectivamente.

3. Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) es un cuestionario autoaplicado breve, con una escala de autoevaluación, en el que el paciente ha de valorar e indicar fundamentalmente la frecuencia con que experimenta cada uno de los síntomas clínicos explorados de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Consta de 21 ítems que se agrupan en 4 dimensiones: factor depresivo, factor biológico, factor psicológico y factor psicosocial. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango del 0 al 3) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual y la última semana.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación en el momento actual y en la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la

sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes:

No depresión: 0-9 puntos
Depresión leve: 10-18 puntos
Depresión moderada: 19-29 puntos
Depresión grave: >30 puntos

4. Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión (Hamilton Rating Scale for Anxiety Depression): diseñada para medir la evaluación de la intensidad o gravedad sintomática de la ansiedad y de la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Es una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en investigación. Es una medida de estado con dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Es heteroadministrada y consta de 14 ítems, de los cuales 7 pertenecen a la subescala de ansiedad, con un marco temporal de una semana. Los puntos de corte son: 0-7, normal; 8-10, caso probable; 11 o más, caso de ansiedad o depresión.

Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio y de especial interés y utilidad en el contexto de Atención Primaria. En la guía se incluye además una serie de preguntas clave a realizar durante la entrevista con el paciente, para ayudar a los profesionales sanitarios a detectar los trastornos de ansiedad, específicamente, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Angustia

En aquellos casos en los que es conveniente diferenciar la sintomatología ansiosa con diferentes síntomas somáticos, se puede utilizar como ayuda diagnóstica la subescala de ansiedad que consta de 14 ítems con respuestas tipo Likert de 5 valores. El marco de referencia son los últimos días. Los puntos de corte recomendados son: 0-5, no ansiedad; 6-14, ansiedad leve; 15 o más, ansiedad moderada/grave.

5. La EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Es el instrumento de ayuda diagnóstica más relevante para atención primaria. Escala heteroaplicado que consta de 2 subescalas, una de depresión y otra de ansiedad, con 9 ítems cada una, con respuestas dicotómicas (sí/no). El marco de regencia temporal del cuestionario es de 2 semanas. La subescala de ansiedad tiene 4 preguntas de cribado. El punto de corte, indicativo de probable caso de ansiedad, es de 4 o más ítems afirmativos.

Fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el MAP. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Ambas escalas HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión y EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, se han seleccionado porque pueden ser útiles a la hora de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones, pero no para realizar cribado poblacional.

6. Uso de escalas en insomnio

La relación que se ha demostrado más repetidamente en este estudio es que el insomnio crónico es uno de los síntomas que aparecen más tempranamente en el APT, siendo el que más perdura en el tiempo, el que afecta al mayor número de víctimas y el que más incapacita, pues su aparición y mantenimiento desencadena una disminución de la calidad de vida, y un peor estado de salud, por ello parece interesante proponer escalas de insomnio como práctica útil en el seguimiento del paciente. Las escalas en insomnio no sirven para realizar cribado poblacional. No es pues factible, ni recomendable, utilizar de forma rutinaria las escalas en AP con fines clínicos, y en ningún caso sustituyen a la entrevista clínica. Sí son útiles como guía de la entrevista y para apoyar el juicio clínico, así como también se han convertido en herramientas esenciales en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto que las distintas intervenciones terapéuticas tienen en la evolución de la enfermedad. En relación con el insomnio, se proponen dos escalas de fácil manejo y que pueden evaluar desde la gravedad a la utilidad de la medicación, ya que el grupo de trabajo de la GuíaINS del MSSSI ha considerado que son fáciles de manejar e interpretar en el ámbito de AP:

6.1 *Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)* (Insomnia Severity Index). Cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de siete ítems. El primero evalúa la gravedad del insomnio (dividido en tres ítems); los demás sirven para medir la satisfacción del sueño, las interferencias del funcionamiento diurno, la percepción del problema del sueño por parte de los demás y el nivel de preocupación del paciente.

6.2 *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)* (Pittsburgh Sleep Quality Index). Cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems que analizan diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en siete componentes: calidad, latencia, duración, "eficiencia" y alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Puede orientar al clínico sobre los componentes del sueño más deteriorados. Para un punto de corte de 5, se obtuvo una sensibilidad del 88,63%, una especificidad del 74,99% y un VPP del 80,66%.

La propia Guía de valoración de incapacidad laboral para MAP (Álvarez et al, 2009) propone la utilización de escalas en la ayuda para la elaboración de la ficha inicial para la valoración psiquiátrica en AP. Las escalas según la guía pueden ser un medio de objetivar y cuantificar el estado actual del paciente. Son un sistema estandarizado y comúnmente aceptado de valoración. Permiten un mejor control de la evolución y homogeneizar los criterios de valoración y severidad. No deben realizarse mediante preguntas directas y cerradas. Su utilidad estriba en su aplicación a modo de «guión» que permita obtener todos los datos relevantes en la evaluación de estas patologías. Finalmente la Guía (Álvarez et al, 2009) propone algunas de las que pueden ser más útiles y compatibles con la valoración en AP (que en el caso de las víctimas de APT habrían de ser otras tal como se acaba de exponer, aunque alguna sea común):

- Escala de Depresión de Montgomery - Asberg.
- Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad (HRSA).
- Escala Breve de evaluación psiquiátrica (BPRS).
- Mini examen cognoscitivo (MEC).
- Escala de Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia (PANSS).
- Escala Pronostica de Strauss y Carpenter para esquizofrenia (SCS).
- Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI).

Una vez efectuada la valoración del daño psíquico y del insomnio provocado por las lesiones y secuelas psicológicas presentes, mediante la entrevista clínica y la aplicación de alguna de estas escalas, el MAP debería considerar a las víctimas de hostigamiento psicológico laboral como pacientes que padecen un trastorno mental

grave (TMG) o en riesgo evidente de evolucionar hacia él, de acuerdo con la sintomatología descrita por De Rivera (2011), debiendo elaborar un conjunto de actividades encaminadas a su atención incluyendo:

- ☑ La detección, identificación y diagnóstico diferencial de estos pacientes.
- ☑ La evaluación clínica y funcional de la persona afectada, su familia y el entorno más próximo.
- ☑ La elaboración consensuada de un Plan individualizado de tratamiento.
- ☑ La aplicación de distintas intervenciones sanitarias e intersectoriales basadas en la evidencia, así como su seguimiento periódico.

Los criterios de inclusión que presentan estas personas serían los que hacen referencia a varias categorías diagnósticas del CIE-10 (WHO, 1992), pero las que nos interesan en nuestro estudio serían fundamentalmente aquellos trastornos del estado de ánimo o los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, por el riesgo de autolesiones o de suicidio (F33.2 trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, F33.3 trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos y el F43.1 TEPT). Las personas con criterios de las categorías diagnósticas F32 episodio depresivo, a pesar de ser trastornos episódicos serán incluidos en el proceso hasta que se confirme de forma definitiva su TMG o se certifique su remisión completa. Entre los criterios claves a considerar destacaríamos:

➤ La posibilidad de que individuos aparentemente paranoicos podrían ser víctimas de *mobbing* en el trabajo. No debe subestimarse el estrés psicológico grave que padece una víctima al ser hostigada sistemáticamente y pueden desarrollar trastornos de depresión mayor, trastorno por estrés postraumático y/o trastornos de adaptación. Estos trastornos se han de tratar de acuerdo con los síntomas, y alentar a los pacientes a retirar energía del lugar de trabajo e invertirla en la familia, en la búsqueda de empleo u otras actividades. Las formas de psicoterror laboral pueden provocar en las víctimas una angustia tan fuerte que es difícil averiguar lo que está sucediendo en su entorno laboral, y que podría interpretarse como una personalidad con tendencia a rasgos psicóticos, maniaco o esquizoide. Otros comportamientos o actitudes laborales pueden ser sumamente estresantes, pero no tienen el potencial "paranoidogénico" del *mobbing* (Girardi et al, 2007).

No debe descartarse por tanto que el APT pueda producir o desencadenar trastornos mentales graves, entre ellos el trastorno delirante (la anteriormente denominada paranoia), el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno bipolar (antes psicosis maniaco-depresiva). También el APT puede conformarse como tema central de una ideación delirante, por lo que estaríamos ante un caso de falso *mobbing*. Incluso puede coexistir la existencia de un trastorno mental o de la personalidad y APT debido a la consustancial estigmatización de los problemas de salud mental. Estas posibilidades no son puestas en duda en la literatura sobre el *mobbing* ni deben ser descartadas. No obstante, hay evidencia robusta de que estos fenómenos son poco prevalentes y de que generalmente el uso de nosologías como trastorno delirante de tipo paranoide y el trastorno paranoide de la personalidad responde a un error clínico de atribución que redundaría en el sufrimiento de los afectados. Éstos son los diagnósticos erróneos habituales según Leymann (Martínez y Medeiros, 2012).

La sintomatología más grave es aquella de características psicóticas y/o prepsicóticas que genera problemas de captación y comprensión de la realidad, distorsiona la relación con los otros, supone o puede suponer riesgo para su vida, tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

De la experiencia con víctimas que sufren APT se observa que por lo general están dispuestos a traer grandes cantidades de material, que refuerza el acoso vivido, mientras una persona paranoide normalmente recela de esta petición y la cuestiona. Las propias asociaciones de ayuda al mobbing recomiendan a las víctimas que hagan un diario con las conductas de hostigamiento psicológico recibidas, con la finalidad de objetivarlas. Se ha de tener en cuenta que cuando una persona que no está inicialmente paranoica es sometida al comportamiento de acoso psicológico con el paso del tiempo, es probable que desarrolle algún recelo secundario e incluso paranoia manifiesta.

➤ La diferenciación más evidente que debería evaluarse sería entre Depresiones Endógenas (Psicóticas) / Reactivas (Neuróticas), pues obviamente y tal como relatan las víctimas, su depresión no es propia de su personalidad, se la han creado desde fuera, es REACTIVA al psicoterror laboral que padece, su trauma es como consecuencia del hostigamiento psicológico sistemático laboral.

Los términos endógeno y reactivo (o exógeno) hacen referencia a la ausencia o presencia respectivamente de factores ambientales precipitantes (propuestos por Moebius, 1893) (Vallejo, 2005). Los términos psicótico y neurótico están referidos a la presencia o no de un trastorno depresivo grave con ideas delirantes, alucinaciones y falta de contacto con la realidad (propuestos por Buzzard, 1930) (Vallejo, 2005). Pero ni el adjetivo psicótico-neurótico ni el de endógeno-reactivo delimitan unos tipos definidos de depresión, ya que hay un cierto número de estos trastornos que no pueden clasificarse en estas categorías. En la tabla se presentan las principales diferencias entre depresión endógena y reactiva (Vallejo, 2005).

El síndrome denominado endógeno se caracteriza por personalidad premórbida, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, pérdida de peso, variaciones diurnas y estacionales del humor (mejorías por las tardes y recaídas en primavera y otoño), fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz, e ideas delirantes de ruina, de culpa e hipocondríacas, curso fásico y pronóstico favorable, con respuesta satisfactoria a las terapias biológicas (fármacos antidepresivos, electrochoques o terapia electroconvulsiva, TEC). Leonhard en 1957 (Vallejo, 2005) propuso la existencia de dos depresiones endógenas diferentes, las bipolares y las unipolares. En las depresiones bipolares existe una alternancia entre períodos melancólicos y períodos maníacos o hipomaníacos. En las unipolares se presentan varias fases melancólicas sin episodios maníacos o hipomaníacos.

El denominado reactivo (también llamado exógeno, situacional, neurótico o psicógeno) está caracterizado por rasgos neuróticos de personalidad, ansiedad, agravación de los síntomas por la tarde, variaciones de un día a otro, curso prolongado no estacional, pronóstico más desfavorable, con respuesta más pobre a la terapia farmacológica y mucho más sensible a la psicoterapia.

➤ La necesidad de un abordaje completo y complejo, incluyendo atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación, intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia, atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial. Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

➤ El riesgo que corre la víctima de poder presentar discapacidad y necesitar abordaje complejo de su atención pues alguna de las manifestaciones sintomatológicas descritas pueden evolucionar y provocar cronificación de su estado necesitando de una atención de forma prolongada.

Ante esta derivación la víctima se encuentra con los especialistas de SM, los psiquiatras y psicólogos, apareciendo de nuevo el proceso de doble victimización, piensen en las preguntas anteriores. Estos profesionales atienden fundamentalmente aquellos trastornos que se agudizan o cronifican, cuando existen dudas en el diagnóstico o no existe una decisión clara respecto a la conducta a seguir con los pacientes (Ortiz, 2008). Se calcula que uno de cada tres españoles que va al médico de AP lo hace por problemas de SM, aunque al especialista sólo llega un 2% de la población. España tiene 3,6 psiquiatras por 100.000 habitantes, frente a los 22 de Francia, la masificación y las listas de espera son evidentes (Araña et al, 2008a). Las agendas de los especialistas están igual de repletas que las de los demás profesionales. Pedir cita supone alrededor de mes y medio de espera en psicología y 3-4 meses en psiquiatría, (por lo menos en Cataluña) y eso que en los CSM no ha subido tanto la demanda como en la AP, porque sólo tratan los casos más graves, pero con la crisis económica actual va en aumento lo que conduce que haya empeorado la salud de sus pacientes crónicos (Ortiz, 2008).

En los CSM los servicios prestados se consideran de un segundo nivel asistencial, es decir de consulta especializada. Se atiende a personas que necesitan asistencia psicológica, psiquiátrica y en general, de SM. La atención que se presta tiene como objetivo la prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social de pacientes con problemas psíquicos o trastornos mentales que demanden asistencia. Los servicios de SM públicos están distribuidos por distritos o sectores sanitarios en cada Comunidad Autónoma, y van dirigidos a la totalidad de la población de un distrito. La atención y actuaciones realizadas en salud mental, se hacen desde un modelo integral, es decir, se considera a la persona desde una perspectiva biopsicosocial (Departament de Salut, 2006).

No obstante la masificación de las consultas en AP, con poco tiempo para evaluar y tratar adecuadamente los pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, la ordenación de los recursos asistenciales que permanece fragmentada sin coordinación y que la organización de los servicios no es integral, obliga al MAP ante la dificultad de diagnosticar a este tipo de paciente por la presión asistencial, por falta de medios, por la inexistencia de protocolos o criterios para la discriminación de los casos de ansiedad, depresión y somatizaciones que serían tratables en AP o Centros de Salud Mental (CSM) o en otros recursos comunitarios, a realizar una derivación a otros especialistas (Ortiz, 2008). Sin embargo, las preguntas que las personas afectadas por acoso laboral en particular, aunque extensible en muchas ocasiones a la población en general, se hacen es si eso es lo más razonable.

La percepción negativa de las víctimas al funcionamiento de estos servicios que se asocian a una serie de compartimentos estancos con trabas y barreras administrativas con desconocimiento de la cartera de servicios propias (USL) o de de otros recursos comunitarios (sindicales, servicios sociales, jurídicos, asociaciones de víctimas, etc.) que provocan incómodas listas de espera, excesiva medicalización, que agravan los estados de angustia y depresión, pero que en cambio si constatan coordinación entre los servicios de vigilancia de las incapacidades, los médicos de AP y, las mutuas, aumentando la desconfianza y la suspicacia con estos profesionales, agravando su sintomatología psicótica siendo obviamente muy contraproducente para la víctima (Ortiz, 2008). La respuesta ante tanto sufrimiento expresado es destacar la importancia que tiene pedir ayuda cuando hay un problema de SM, no sólo por su sufrimiento, sino también por los desajustes y alteraciones que esto puede originar en la pareja e hijos, familiares directos y, amigos (Ribé et al, 2011). Las personas afectadas de hostigamiento psicológico laboral vuelven a expresar una serie de cuestiones y preguntas sobre este orden social establecido que demuestran que se encuentran atemorizadas e incomprendidas socialmente para poder resolver y recuperarse de su trauma y

aunque aparecieran en la introducción me parece interesantísimo volver a reflexionar sobre ellas pues sus preguntas y respuestas son el nudo gordiano de este fenómeno:

¿Por qué se me intenta hacer doblemente víctima, primero el acosador, luego convencerme de que el problema es de mi personalidad y de no saber gestionar los conflictos?

¿Por qué se me etiqueta con un diagnóstico de trastorno mental de mi personalidad, o de mi estado de ánimo o de mi conducta, cuando he recibido una agresión externa?. Los hostigadores/acosadores son los enfermos, pero yo no.

¿Porqué no se diagnostica como un trastorno secundario o reactivo a una agresión externa y si como un trastorno endógeno de mi persona?

¿Por qué el médico de primaria me intenta convencer de mantenerme en este trabajo, si le estoy diciendo que tengo terror, pánico a volver ino me entiende!?

¿Por qué cree que me estoy inventando las situaciones y duda de mi palabra?

¿Cree que estoy paranoico/a?

¿Por qué me deriva a un psiquiatra y no a la unidad de salud laboral si mi problema no es mental, sino laboral?

¿Por qué tengo que tomar medicamentos?

¿Por qué una vez diagnosticado se me instaure una pauta terapéutica de forma crónica, si yo no tengo un problema psicológico (ellos hablan de desequilibrado mental)?

¿Por qué me cambian la medicación?

¿Por qué tengo efectos no deseados cuanto tomo esta medicación?

¿Por qué se duda de que no tome la medicación, cuando no veo ninguna mejoría?

¿Por qué no existe un sistema formalizado y consensuado para informarme de los recursos existentes sanitarios y no sanitarios para atender a estos trastornos?

¿He de confiar en mi MAP si los especialistas a los que me deriva me diagnostican de otra enfermedad, y me instauración tratamientos que se modifican o varían en las dosis? ¿A quién hago caso? ¿Por qué existe esta descoordinación entre los MAP y los especialistas a los que me deriva (psiquiatría, psicología, reumatología, rehabilitación)? ¿Es por mi enfermedad o es general?

En definitiva, ¿porqué se me está estigmatizando y culpabilizando de mi situación?

Pero lo más grave de todo para la víctima y aquí radica como ya se ha ido percibiendo en el transcurso de este estudio es la importancia de adoptar una figura que le reconociese que su daño o lesión ha estado provocado en el trabajo, ¿por qué no se considera a esta contingencia AT o EP? ¿El daño me lo provoca el lugar y ambiente del trabajo? ¿No soy yo el cumple? La dinámica que se establecería si eso fuese normatizado sería extraordinaria pues el impacto en la gestión de una realidad obvia generaría un debate político y social de cómo regular estas actuaciones, no presuponiendo que es la personalidad de la víctima la causante, pero.....

A día de hoy, ni el *acoso psicológico en el trabajo (APT)*, ni sus consecuencias, ni el reconocimiento de los daños psíquicos causados tienen la consideración de AT ni tampoco las patologías con sus diagnósticos se incluyen en el cuadro de enfermedades profesionales, sólo se ha admitido por los tribunales de justicia en contadas ocasiones individuales con evidentes pruebas de las mismas. Debemos recordar que los términos y definiciones de AC, EP, accidente no laboral, y EC que nos da la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) no sirven o no tiene efectos en la legislación de Seguridad Social (SS) tal y como dice la disposición adicional primera de la LPRL. Esta es una cuestión que, desde hace tiempo, tiene importantes consecuencias, entre las cuales destaca la diversificación entre AT y condiciones de seguridad y salud en el trabajo. Las cifras de siniestralidad nos dan un retrato exacto de las condiciones de trabajo pero no existe la correspondencia

necesaria entre ambos conceptos. Los conceptos vigentes de AT y EP se encuentran incluidos en el concepto general de contingencia. *El término contingencia se refiere a la etiología o causa de la enfermedad o lesión susceptible de originar la incapacidad.* El TRLGSS distingue 4 tipos de contingencia (Peña et al, 2011):

- *Accidente de trabajo*: toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

- *Enfermedad profesional*: la contraída a consecuencia del trabajo por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen, en el cuadro que se apruebe, y que esta provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada una de la Enfermedades Profesionales.

- *Accidente no laboral*: toda lesión súbita sucedida fuera del ámbito laboral y no definida como Accidente de Trabajo.

- *Enfermedad común*: todas las alteraciones de la salud no contempladas en los tres apartados anteriores.

Cuando no existe comunicado de AT ni de EP es necesario contar con una certificación conforme existe una exposición laboral que está provocando la lesión. Ante esta situación el MAP habría de remitir con carácter urgente el trabajador que acude a su consulta a la USL quien hará un estudio de la enfermedad. Si la USL determina que la patología es profesional, comunicará el caso a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) quien actuará y emitirá su informe a la USL. Ésta, recogiendo el informe de la ITSS y de su revisión médica, emitirá informe o dictamen al o la MAP estableciendo si la patología es de origen profesional o no. Si la USL determina que la patología es profesional remitirá el conjunto de la documentación a organismos de valoración de la ILT o IP (en Cataluña realiza esta actuación el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM)) para que emitan informe, en su caso, al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y este determine si se trata o no de una contingencia profesional (Peña et al, 2011).

Por tanto el APT no se encuentra protegido como figura jurídica autónoma dentro de las normas de Seguridad Social, sino que su protección es indirecta, en tanto que se traduce en la actualización de un riesgo por medio de una contingencia que normalmente es la alteración de la salud y la ILT o IP para trabajar que conlleva, por lo que el encaje de AT se realiza a través de un diagnóstico médico que deberá ser lo más completo posible. Por otro lado en la legislación de SS sólo se admite la calificación de enfermedad profesional dentro de una clasificación cerrada en la que no sólo se describe la enfermedad sino también el agente causante (Peña et al, 2011).

El artículo 115.1 del TRLGSS apartado 1 de la sección primera (Acción Protectora), considera accidente de trabajo *"a toda lesión corporal sufrida por el trabajador con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena"*. La consideración del acoso moral en el trabajo como accidente de trabajo queda supeditada a la causalidad entre el acoso y la baja o incapacidad sufrida por el trabajador.

Los elementos que determinan el accidente de trabajo vienen recogidos en el apartado 1 de dicho artículo: *"Los elementos que configuran el accidente de trabajo son tres: a) lesión b) trabajo por cuenta ajena c) Que haya relación de causalidad entre la lesión y el trabajo"*. Para averiguar si hay nexo causal entre trabajo y lesión hemos de interrogar sobre si se habría producido la lesión de no estar trabajando, si la respuesta es afirmativa no hay causalidad, si la respuesta es negativa hay, con independencia de que puedan concurrir otras múltiples causas de producción Accidente de Trabajo, por lo tanto no es sólo toda lesión que un trabajador por cuenta ajena se produce trabajando, sino también toda aquella que sufre para trabajar.

En el apartado 2 de dicho artículo se establecen los supuestos que tendrán la consideración de accidente, entre los cuales el epígrafe e) se refiere a: *"Las*

enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente 116, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.”

Y finalmente el apartado 3: *“se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo”.*

El artículo 116 del TRLGSS entiende como enfermedad profesional *«la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que ésta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional».*

La redacción del artículo 115.2.e) ha hecho conflictivo, hasta el momento, el reconocimiento de enfermedades como AT y de momento son muy contadas las sentencias de Tribunales Superiores de Justicia TSJ que admiten los trastornos psíquicos debidos a estrés y mobbing o acoso moral como AT. La jurisprudencia de los Tribunales juega alrededor de varios principios que ahora nos interesan:

El primero es el concepto de “lesión corporal” que está en la definición legal de AT y que por la jurisprudencia se interpreta de un modo amplio. En este sentido, existen ya algunas sentencias que catalogan las consecuencias psíquicas o físicas derivadas del acoso moral como accidente de trabajo. (Peña et al, 2011)

Las primeras sentencias en reconocer las enfermedades psíquicas derivadas de procesos de *mobbing* como AT son las de los Juzgados de lo Social de Pamplona nº 1 y nº 3 de 19 de febrero y 20 de marzo de 2001, respectivamente (posteriormente ratificadas por la Sala de lo Social del TSJ de Navarra en sus sentencias de 30.4.01, 18.05.01 y 15.06.01). Estas resoluciones se basan en los mismos principios que las sentencias antes reseñadas, tal y como cita el juzgador en los fundamentos de derecho: el concepto amplio de lesión corporal para extenderlo a la lesión psíquica, la relación de causalidad demostrada a través de unos hechos y dictámenes técnicos y la presunción de laboralidad de dicha lesión.

Otra sentencia que resulta interesante destacar es la del TSJ de Cataluña de 30 de mayo de 2001 (sala de lo Social). Tras evidenciar que el trabajador, como consecuencia de un cambio en el trabajo con degradación de funciones, padece una profunda depresión que le conduce al suicidio, se estima que su fallecimiento debe calificarse de accidente de trabajo, por encontrarse una plena relación causal entre fallecimiento y trabajo (artículo 115.2.e. y 3 de la LGSS).

Citaremos como pionera, la sentencia del TSJ del País Vasco de 7/10/97 que subraya que el término lesión se ha de interpretar en un sentido amplio, no sólo como irrupción súbita y violenta sino a todo trastorno fisiológico y funcional que unido a un suceso desencadenante origina la lesión corporal. Recuerda el Tribunal todas las sentencias que, con anterioridad, han participado de este criterio amplio de la “lesión corporal”, desde la sentencia del Tribunal Supremo de 17 de Junio de 1903, la sentencia del Tribunal Supremo de 10 de Noviembre de 1981 referida a una situación de ansiedad y preocupación, de 27 de Febrero de 1992, 2 de Junio de 1994 o 8 de Abril de 1987.

El segundo es el de la relación directa de causalidad que exige para las enfermedades derivadas del trabajo y que no tienen la calificación de profesionales el artículo 115.2.e) del TRLGSS. En los casos hasta ahora vistos por los Tribunales respecto a estas enfermedades ha sido por completo determinante el dictamen técnico de médicos especialistas que en la mayor parte de los casos no han podido ser contradicho por la parte demandada (Mutuas o INSS). (Peña et al, 2011)

El Tribunal Supremo en su sentencia de 18 de junio de 1997, recuerda que: *“Reiterada jurisprudencia de esta Sala dictada en unificación de doctrina (sentencias de 27 de octubre de 1992, 27 de diciembre de 1995, 15 de febrero de 1996 y 27 de febrero de 1997 y las dictadas en casación ordinaria que en ella se citan), ha declarado que: “ la presunción contenida en el artículo 84.3 de la Ley General de la Seguridad Social, por virtud de la cual*

se estimará, salvo prueba en contrario que sea un accidente laboral las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y el lugar de trabajo, alcanza no sólo a los accidentes en sentido estricto, sino también a las enfermedades que se manifiesten durante el trabajo en las circunstancias antes descritas y que tal presunción sólo queda desvirtuada cuando hayan ocurrido hechos de tal relieve que sea evidente a todas luces la absoluta carencia de relación entre el trabajo que el operario realizaba, con todos los matices psíquicos y físicos que lo rodean y el siniestro, lo que tratándose de enfermedades requiere que éstas por su propia naturaleza no sean susceptibles de una etiología laboral o que dicha etiología pueda ser excluida mediante prueba en contrario”.

El tercer principio es el de la presunción de laboralidad de todos los accidentes sufridos durante la jornada laboral del artículo 111.3 de la LGSS: Hacemos mención a algunas sentencias que reconocen las enfermedades psíquicas como accidentes de trabajo. (Peña et al, 2011)

- Sentencia que se pronuncia claramente sobre el “estrés profesional” como causa de un accidente laboral es la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de 7/10/97. Se trata de un trabajador especialista metalúrgico que cuando se encontraba en la sección de embalaje de lavadoras sufrió una crisis nerviosa, perdiendo el conocimiento, con gran sudoración y brusca subida de tensión arterial cuya presión alcanzó el valor 20. En el centro hospitalario se hace constar la existencia de dolor precordial y se le diagnostica “estrés profesional sin cardiopatía orgánica”. La primera sentencia de instancia rechazó que se tratase de accidente de trabajo porque el trabajador no había acreditado que “hubiera sufrido lesión”. Sin embargo, concluye el TSJ que ha existido un menoscabo fisiológico que incidió en el desarrollo funcional del trabajador originando su incapacidad laboral debida a “estrés profesional” y que, por tanto, estamos ante un suceso que merece la calificación de accidente de trabajo.
- Sentencia de la Sala de lo Social del TSJ del País Vasco de 2/11/99 relativa a un profesor de un centro especial de trabajadores minusválidos que le habían ocasionado una situación de agotamiento psíquico. El Tribunal constata la clara relación de causalidad, directa y exclusiva, con el medio laboral de la enfermedad por lo que estima que ha de ser calificada como accidente laboral.

El acoso moral, por producir daños en la salud del trabajador afectado, es materia de regulación por parte de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. El objetivo es promover la seguridad y salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo (Peña et al, 2011):

El artículo 4.2 de la LPRL define riesgo laboral como la posibilidad que tiene un trabajador de sufrir un determinado daño derivado del trabajo, considerando como tal (artículo 4.3.) las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. Por lo tanto, y dado que el acoso moral en el trabajo puede provocar daños en la salud de los trabajadores, la prevención del mismo entra dentro de las obligaciones de protección que tienen los empresarios.

El derecho del trabajador a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, y el correlativo deber de protección atribuible expresamente al empresario, como deudor del mismo, viene recogido en el artículo 14 de la LPRL, que es “*obligación del empresario la prevención de los riesgos laborales garantizando una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, adoptando en el marco de sus responsabilidades cuantas medidas sean necesaria para tal fin, siguiendo un sistema de gestión y planificación de actividades preventivas*”. Así mismo, la ley obliga al empresario a analizar el riesgo, adoptando las medidas que considere necesarias para evitar el riesgo laboral (artículo 16).

El deber de protección frente a los riesgos laborales que se concreta en el artículo 14.2: “*el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo*”. Para que exista omisión punible es necesario que resulte exigible la obligación de evitar el peligro y que ésta no se plasme en ninguna acción efectiva, y para ello deben concurrir tres factores en el sujeto obligado: a) *capacidad para impedir el peligro* b) *conocimiento de la existencia del riesgo y los medios para evitarlo* c) *decisión voluntaria de no evitar el peligro*. Este deber de protección

constituye, igualmente, un deber de las Administraciones Públicas respecto del personal a su servicio, tal como recoge el artículo 3 de la LPRL: *"se entenderá comprendidos en los términos trabajadores y empresarios de una parte, el personal civil con relación de carácter administrativo o estatutario y la Administración pública para la que preste servicios"*.

Por consiguiente, hay responsabilidad de quienes, conociendo y pudiendo remediar los hechos, no hubieran adoptado medidas preventivas para ello. La empresa incumple su deber de otorgar a la víctima una protección eficaz frente al acoso psicológico laboral y la presión laboral tendenciosa ocasionada por la conflictividad laboral, pues siendo conocedora de la situación y que la víctima está expuesta a un peligro cierto y real para su equilibrio mental, con daños psíquicos reconocidos, no procede a identificar ni evaluar los factores desencadenantes del conflicto laboral, ni adoptar ninguna medida en las esferas individual, grupal y organizativa, tendente a eliminar -o minimizar tal situación.

Se ha de resaltar que se cuenta con una amplísima jurisprudencia sobre *el acoso moral* y su concepto dentro de la legislación laboral, que reconoce las enfermedades derivadas de una conducta de acoso moral, como AT:

A. La jurisprudencia del Tribunal Supremo considera que se debe de calificar como accidente de trabajo aquel en que de alguna manera concurra una conexión con la ejecución de un trabajo, bastando con el nexo causante indispensable en algún grado, sin que sea necesario precisar su significación, mayor o menor, próximo o remoto, concasual o coadyuvante, debiendo otorgarse la calificación cuando no aparezca acreditada rotura alguna de la situación de casualidad, entre la actividad profesional y el padecimiento, excepto cuando hayan ocurrido hechos de tal relieve que evidencien a todas luces la carencia de aquella relación.

También han aparecido sentencias recientes de la sala 4ª del Tribunal Supremo de 209.2007 y de 17.6.2008 sobre el tratamiento de la violencia en el trabajo dentro de la LPRL.

B. El Tribunal Constitucional en las sentencias STC 62/2007 y aún con mayor énfasis, en la STC 160/2007 reconoce que las obligaciones del empresario previstas en la LPRL son de plena aplicación a los supuestos de riesgo psíquico motivados por la organización del trabajo que pueda potencialmente padecer el trabajador cuando aquellos sean ciertos y previsibles. Esta sentencia reconoce la aplicación del art 14 de la LRPL ante situaciones de riesgo psicosocial. Estas situaciones se definen como las resultantes de la interacción entre los trabajadores y la organización de la empresa y tienen como básicas manifestaciones los errores humanos debidos a la organización del trabajo, el estrés laboral y la violencia en el trabajo. Estrés y VIOLENCIA son situaciones que se interrelacionan y que con frecuencia se manifiestan de forma sucesiva o simultánea.

C. Tribunales Superiores de Justicia: sentencia del TSJ del País Vasco nº 517/2007 de 20 de febrero que consideran el acoso moral y el estrés laboral como riesgos laborales que deben ser prevenidos por el empresario conforme a las normas generales de la LPRL.

Sentencia del TSJ de Valencia de 25/9/2001 que establece que *"el acoso moral, en su versión de "bossing" – acoso moral donde el agresor es el jefe – es una forma de ataque sistemático a la dignidad de la persona del funcionario que está sancionada por el artículo 8.11 Texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (TRLISOS)"*

D. La LPRL, nació como consecuencia de la transposición al derecho español de la Directiva marco 89/391/CEE de 12 de junio de 1989 (DO L 183 de 29.6.1989) y del Convenio 155 de la OIT sobre Seguridad y Salud de los trabajadores y medio ambiente del trabajo (1981), así como del desarrollo legislativo posterior

(Reglamento de los Servicios de Prevención RD 37/97, Acuerdo de 15 de Diciembre de 1997 del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad).

El acervo normativo comunitario de la LPRL tiene su base en la Directiva marco citada, que da prioridad a la prevención en la salud laboral reforzado en el artículo 31 de la Carta de los Derechos Fundamentales que establece, en efecto, que *«todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, su seguridad y su dignidad»*. Esta Directiva Europea, marcó el inicio para la aplicación de medidas que promuevan la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en todos los países de la UE e incluye principios generales referentes a la prevención de riesgos laborales y protección de la seguridad y la salud de los trabajadores; a la eliminación de los factores de riesgo y accidente; y a la información, la consulta, la formación de los trabajadores, así como las líneas generales para la aplicación de dichos principios. Como objetivo principal y general, establece que el empleador deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todo lo que se refiera a su trabajo (COM, 2002). Previamente la Carta Social Europea de 3 de mayo de 1996 ya recogía aspectos relacionados con el APT sugirió: *"promover la sensibilización, información y prevención en materia de actos condenados explícitamente hostiles u ofensivos dirigidos de un modo repetido contra todo asalariado en el lugar de trabajo y adoptar las medidas apropiadas para proteger a los trabajadores contra tales comportamientos"*.

La LPRL ha supuesto un importante impulso para la Medicina del Trabajo, ya que se produce la universalización de la protección del trabajador frente a los riesgos en el lugar de trabajo. La LPRL no sólo considera los AT y las EP, sino que lo amplía a cualquier daño que pueda ser ocasionado al trabajador, apareciendo el concepto de enfermedades relacionadas con el trabajo que todavía debe ser desarrollado.

Los artículos 4.2,d) y 19.1 del Estatuto de los Trabajadores (ET) y 14.1 de la LPRL, disponen que los trabajadores en la prestación de sus servicios, tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. De todo ello se deduce que al empresario le corresponde el deber de ejercitar sus facultades de dirección respetando esos derechos del trabajador y garantizando, en lo posible, una protección eficaz en materia de seguridad e higiene. En este sentido la STS de 12 de julio de 2007 (RJ 2007/8226 ha señalado que de los arts. 14.2. 15.4 y 17.1 LPRL: *"se deduce, como también concluye la doctrina científica, que el deber de protección del empresario es incondicionado y, prácticamente, ilimitado. Deben adoptarse las medidas de protección que sean necesarias, cualesquiera que ellas fueran. Y esta protección se dispensa aún en los supuestos de imprudencia no temeraria del trabajador"*.

Pero, para que pudiera establecer la responsabilidad empresarial, sería necesario que, o bien es el propio empresario el autor de la conducta de acoso o bien el hostigamiento psicológico es realizado por un compañero o un superior jerárquico del hostigado distinto al empresario; en este primer caso el art. 8 del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el TRLISOS, en su núm. 11, lo califica como falta muy grave *«los actos del empresario que fueren contrarios al respeto de la intimidad y consideración debida a la dignidad de los trabajadores»*.

Si el hostigamiento psicológico es realizado por un compañero o un superior jerárquico del hostigado distinto al empresario, al no existir relación contractual entre ellos, el agredido puede reclamar a su agresor la responsabilidad extracontractual. El trabajador acosado podrá reclamar la responsabilidad directa de la empresa por ser ésta responsable de los actos llevados a cabo por sus empleados en el desempeño de su trabajo, siendo responsable la empresa a título de *culpa in vigilando* por el «consentimiento o tolerancia» y la «falta de vigilancia sobre las acciones ilícitas» de dichos empleados.

Además si el empresario tuviese un conocimiento íntegro y directo de la conducta que se venía realizando y consintiendo, y no adoptase medida alguna para evaluarlas y evitarlas incurriría desde ese momento en responsabilidad por el incumplimiento de llevar a cabo la evaluación de riesgos conforme a la normativa de prevención de riesgos laborales, en concreto el art. 16 de la LPRL y en caso de incapacidad temporal e invalidez permanente derivadas del acoso laboral podría establecerse una responsabilidad empresarial con el recargo en las prestaciones económicas.

E. Finalmente el Criterio Técnico 69/2009 sobre las actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) en materia de acoso y violencia en el trabajo advierte que la complejidad en el tratamiento jurídico de las conductas de acoso y violencia en el trabajo reside en su carácter pluriofensivo (lesiona diferentes bienes jurídicos: dignidad, integridad, salud, honor,...), ya que las mismas pueden suponer al mismo tiempo una violación de derechos básicos de la relación laboral y del derecho a la prevención y protección de la salud del trabajador. Así también indica que estas conductas de acoso y violencia en el trabajo pueden dar lugar a hechos constitutivos de ilícito penal, como ocurre en los casos de lesiones (tanto físicas como psíquicas), atentado contra la integridad moral (artículo 173 del Código Penal, CP, aprobado por la LO 10/95, de 23 de noviembre), coacciones (artículo 172 CP), acoso sexual (artículo 184 CP).

La ITSS basa su actuación en resoluciones europeas, entre ellas las del Comité Consultivo de la Comisión Europea para la seguridad, la higiene y la protección de la salud en el trabajo (2001) define el APT como: *"una forma de comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores jerárquicos y subordinados, por el que la persona en cuestión es humillada y atacada varias veces, directa o indirectamente por una o más personas con el propósito y con el efecto de alienarla"*. Y la del grupo de estudio de Violencia en el Trabajo en el año 2011 (con representantes de gobiernos, empresarios y sindicatos) APT: *"comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado es objeto de acoso y ataques sistemáticos durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle el vacío"*. Esta actuación es el paso previo para la redacción de un proyecto de directiva comunitaria específico sobre *mobbing*.

Este CT 69/2009 recoge las infracciones en el orden social como consecuencia de las conductas de acoso y violencia en el trabajo diferenciándolas en las de carácter laboral y en las de prevención de riesgos laborales. En ambas infracciones, tanto la jurisprudencia de los tribunales como los criterios técnicos de la ITSS han coincidido en la subsunción del acoso moral dentro del derecho básico de la relación laboral, establecido en el ET:

1. Frente a la conducta de acoso del empresario o su representante, en estos supuestos se puede dar la concurrencia de dos tipos de infracción:

a. La de carácter laboral prevista en el *artículo 8.11 TRLISOS* establece que son constitutivos de infracción laboral muy grave por atentar contra la intimidad y dignidad del trabajador: *"los actos del empresario que fueren contrarios al respeto de la intimidad y consideración debida a la dignidad de los trabajadores"*. En este tipo de actos caben los actos concretos y aislados, de la suficiente relevancia o entidad, o bien los actos que se traten de conductas constitutivas de acoso moral en el trabajo, bien sean por abuso de autoridad o por conducta vejatoria.

El sujeto responsable de las infracciones laborales solamente puede ser el empresario en la relación laboral (*artículo 2.1 TRLISOS*), su responsabilidad puede ser tanto por acción como por omisión, cuando habiendo conocido o debiendo conocer los hechos no haya tomado las medidas suficientes y adecuadas para evitar la violación de los derechos de los trabajadores. La intencionalidad (dolo o negligencia) no es un requisito exigible en las

infracciones de orden social, pero actúa como un elemento de graduación de las sanciones *art 39.2 TRLISOS*.

b. Infracción a la normativa de prevención de riesgos laborales que a falta de un tipo específico podría encuadrarse dentro de lo que dispone el artículo 12.6 de la LISOS que tipifica como infracción grave las conductas de la empresa que "supongan incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, siempre que dicho incumplimiento cree un riesgo grave para la integridad física o la salud de los trabajadores", y ello, teniendo en cuenta que la enumeración de conductas de este artículo tiene carácter ejemplificativo.

De darse efectivamente esta concurrencia entre dos conductas infractoras, debería solamente aplicarse la que tiene la consideración de más grave en atención a lo dispuesto en el artículo 4.4 del Reglamento sobre el ejercicio de la potestad sancionadora de la Administración Pública (RD 1398/1993 de 4 de Agosto), según el cual, *"cuando de la comisión de una infracción derive necesariamente la comisión de otra u otras, se deberá imponer únicamente la sanción correspondiente a la infracción más grave cometida"*. En este supuesto, por tanto, sólo se consideraría la infracción laboral del artículo 8.11 de la LISOS en consideración a su calificación de infracción más grave. En el caso de que no existiera concurrencia de ambas infracciones solamente se podría aplicar la sanción por infracción grave prevista en el artículo 12.6 de la LISOS.

2. Frente a la conducta de pasividad del empresario ante el acoso moral. En las Infracciones de prevención de riesgos laborales existirán dos supuestos, las infracciones por falta de intervención ante la identificación de riesgos psicosociales de las infracciones por falta de prevención de los riesgos psicosociales.

Las primeras se producen cuando detectada o identificada la situación de acoso moral no se analizase o evaluase el riesgo con la asistencia de expertos en psicología, por consiguiente la empresa incurriría en:

2. a. El incumplimiento del deber general recogido en el artículo 14.2 de la LPRL de un problema relacionado con el estrés y la violencia en el trabajo. No se trata de una actuación preventiva sino de la necesidad de abordar situaciones o problemas sobrevenidos de las que el empresario ha tenido conocimiento o debiera haberlo tenido: *"Así ante la falta de precisión de la norma legal, corresponde de forma EXCLUSIVA al empleador la determinación de las medidas que considere razonablemente adecuada a cada situación y, por tanto, no es tarea del inspector llevarla a cabo, sin perjuicio de las recomendaciones y asesoramiento que pueda realizar a este respecto. Lo que supondría una clara infracción del artículo 14.2 de la LPRL es tanto la conducta activa del empresario que propicie estas situaciones como su pasividad ante las mismas"*.

La falta de intervención del empresario ante un problema relacionado con la violencia en el trabajo puede suponer una infracción en materia de prevención de riesgos laborales que puede ser leve (*artículo 11.4 del TRLISOS*), grave (*artículo 12.16 TRLISOS "No llevar a cabo las evaluaciones de riesgos conforme a la normativa de prevención de riesgos laborales"*) y muy grave (*artículo 13.10 TRLISOS*) de acuerdo con cuál es la valoración del riesgo para la salud del trabajador.

2. b. La falta de investigación de los daños para la salud del trabajador por parte del empresario (en este caso, el deber del empresario es, de acuerdo con lo previsto en el *art. 16.3 de la LPRL, llevar a cabo una investigación al respecto, a fin de detectar las causas de estos hechos*). Si el empresario conoce o razonablemente sospecha que la baja por enfermedad del trabajador, puede deberse a una situación de estrés o violencia en el trabajo y, no investiga las causas, incumplirá este precepto y podrá constituir una infracción grave conforme al *art. 12.3 TRLISOS*.

Las segundas se producen cuando valorado el riesgo no se adoptan las medidas que resultan de esa evaluación, el nuevo CT de la ITSS no deja lugar a dudas, señala:

"el incumplimiento de estas obligaciones preventivas, aunque se considere que no haya habido una conducta de acoso y violencia laborales, puede constituir una infracción laboral en el orden social y una infracción de la prevención de riesgos laborales" de esta forma la violencia y el acoso en el trabajo también pueden constituir un incumplimiento e infracción de las normas de prevención de riesgos laborales.

Según el texto del CT de la ITSS: *"la seguridad y salud del trabajador es objeto de protección de la legislación relativa a riesgos laborales y basta con la existencia de un riesgo real y previsible de daño a la salud de los trabajadores para estas normas sean de plena aplicación..."*. *"...Una vez que la dirección de la empresa tiene conocimiento de estas conductas de acoso, está obligada a intervenir analizando la situación y adoptando las medidas correctoras procedentes de acuerdo a la legislación vigente. Las medidas de prevención que el empresario debe aplicar ante supuestos de acoso y violencia en el trabajo de los que tenga conocimiento o debiera haberlo tenido son las que mejor se adapten en cada situación concreta, aplicando las obligaciones generales de los artículos 14, 15, 16, 18, 22 y 25 de la LPRL"*.

Por consiguiente de acuerdo con los principios de la LPRL, la actividad preventiva consiste en evitar que los riesgos lleguen a materializarse, de ahí que la actuación del empresario debe dirigirse a la evaluación e identificación de los riesgos psicosociales pues:

La falta de evaluación o identificación de riesgos psicosociales, su falta de revisión ante la manifestación de problemas con ellos relacionados, no llevar a cabo medidas que se establezcan, o la falta de aplicación de las medidas que deriven como necesarias de la evaluación de riesgos supondría un incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los artículos 8 y 9 del Reglamento de Servicios de Prevención.

De todo ello se deduce que pesa sobre el empresario la carga de probar que ha cumplido con la obligación de proteger la integridad física del trabajador mientras que pesa sobre el trabajador la carga de probar que concurre el indispensable nexo causal entre la situación de acoso laboral origen de la afección mental, la conducta de la empresa y los daños sufridos por el trabajador.

El incumplimiento de estas actuaciones por parte del empresario puede incurrir en una infracción grave de las previstas en el artículo 12.1 b) *TRLISOS*, mientras que la falta de planificación de estas medidas se enmarca en las infracciones graves del artículo 12.6 *TRLISOS*, *"El incumplimiento de la obligación de efectuar la planificación de la actividad preventiva que derive como necesaria de la evaluación de riesgos"*.

3. Frente a la falta de cooperación y coordinación de estas situaciones cuando concurran en un mismo lugar de trabajo.

En situaciones más complejas, de coincidencia en un mismo lugar o centro de trabajo de empleados de distintas empresas, entra en juego la necesidad de cumplimentar las obligaciones de cooperación y coordinación entre los distintos empresarios para evitar situaciones de riesgo para los trabajadores de cualquiera de las empresas presentes. De acuerdo con la Directiva Marco esta obligación de cooperar y coordinar se debe traducir en todo caso en una obligación de suministrar e intercambiar información sobre aspectos que afecten a la prevención de riesgos laborales.

La falta de medidas de coordinación y cooperación entre diferentes empresarios presentes en el centro de trabajo. Si la intervención ante la identificación de riesgos psicosociales debe llevarse a cabo por varios empresarios presentes en el centro de trabajo, se tendrán que arbitrar entre ellos las medidas de coordinación y cooperación necesarias. En la práctica, estas medidas también pueden consistir en la adopción de procedimientos o protocolos de gestión de conflictos en los centros de trabajo. Si la empresa ha sido suficientemente informada y verificados los hechos, no adopta las medidas oportunas,

estaría incumpliendo su deber de cooperar en la prevención previsto en el artículo 24.1 de la LISOS que solamente a ella le sería imputable:

La falta de adopción de estas medidas puede constituir una infracción grave conforme al artículo 12.13 TRLISOS o muy grave (artículo 13.7 TRLISOS) cuando se trate de actividades reglamentariamente consideradas como peligrosas o con riesgos especiales.

4. La propuesta de recargo de las prestaciones de Seguridad Social.

La declaración de las lesiones como accidente laboral podría también llevar aparejada el recargo de las prestaciones con cargo exclusivo al empresario infractor (art. 123 LGSS) si existiera una relación de causa-efecto entre la conducta infractora y la lesión psíquica producida por la misma. Finalmente existen en la normativa vigente otras medidas preventivas que también afectan a los riesgos psicosociales y, son aquellas que repercuten exclusivamente a los individuos, no a la organización de la empresa.

La vigilancia sanitaria prevista en el artículo 22 de la LPRL se realiza en función de riesgos existentes en el puesto de trabajo, y en el caso de que en el mismo se detecten riesgos psicosociales, los exámenes de salud también comprenderán la SALUD PSÍQUICA de los trabajadores cuyo incumplimiento puede ser infracción grave (artículo 12.2 TRLISOS). La obligación de información y formación sobre los riesgos de su puesto de trabajo esta prevista en los artículos 18 y 19 de la LPRL y su incumplimiento constituye una infracción grave artículo 12.8 TRLISOS.

En referencia a sobre quién recae esta obligación preventiva, el mismo CT de la ITSS apunta al empresario titular del centro *"tanto por acción como por omisión" o según la LPRL esta responsabilidad puede estar compartida con el empresario principal de la propia actividad o por otros empresarios presentes en el centro de trabajo*". La LPRL (Ley 31/95 y Ley 54/03) y el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 37/97) formulan una serie de requisitos que deben reunir las actividades de Vigilancia de la Salud por parte de los empresarios:

- Recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores/as para valorar riesgos y trasladar un informe al trabajador de sus conclusiones.
- Evaluaciones de la salud iniciales, después de ausencias prolongadas y exámenes médicos a intervalos periódicos.
- Estudios de enfermedades y ausencias del trabajo por motivos de salud
- Investigación de las causas de los daños para la salud
- Evaluaciones de riesgos cuando a un trabajador / a se le asigne una tarea que suponga nuevos riesgos para su salud.

Las actividades de Vigilancia de la Salud deben garantizar:

- El propio derecho de cada trabajador / a que se detecte precozmente cualquier alteración de su salud derivada de las condiciones del trabajo.
- La información de los resultados a la persona interesada.
- El respeto a la intimidad y dignidad de la persona y el derecho a la confidencialidad.
- No utilizar los resultados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador / a.

La vigilancia de la salud es un procedimiento esencial basado en el tratamiento de datos de salud y cuyo objetivo es defender la salud antes de que se pierda (prevención primaria) o precozmente cuando ya se ha perdido (prevención secundaria y prevención terciaria). Como en toda vigilancia, en la vigilancia de la salud se diferencian tres fases en su desarrollo o ejecución (Peña et al, 2011):

- a) captación de datos y su manipulación;

- b) elaboración de las conclusiones y de los asesoramientos preventivos –en vigilancia de la salud de las conclusiones diagnósticas y pronósticas y de los consejos y recomendaciones–, y
- c) comunicación de las conclusiones y asesoramientos, a los propios vigilados y a terceros con operatividad preventiva para la defensa de su salud. Hay que diferenciar dentro la vigilancia de la salud de los trabajadores la individual o personal y la epidemiológica o colectiva.

Años trabajados en la empresa. Tipos de acoso según el perfil laboral del acosador. Sector laboral donde se producen las conductas hostiles sistemáticas. Nivel que detectan los ocupados por factores de riesgo psicológicos percibidos en su puesto de trabajo

Años trabajados en la empresa

En el trabajo realizado por Carrión (2007) destacamos la coincidencia con los resultados de nuestro estudio. Informó que sobre un total de 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral: el 36.8% de los casos tienen una antigüedad en la empresa de 1 a 5 años. El 26.3% de los casos tiene una antigüedad de 10 a 15 años. El 15.8% con una antigüedad de 5 a 10 años. El 7.9% con una antigüedad de hasta 1 año y de 20 a 25 años, respectivamente y el 5.3% de 25 a 35 años de antigüedad.

Tipos de acoso según el perfil laboral del acosador.

El APT puede manifestarse de muy diversas formas y en ambientes de trabajo muy distintos. Leymann (1990 y 1996) describe distintas situaciones típicas de *mobbing* que se definen en función del rango laboral o profesional del acosador y de la víctima. Distingue entre *mobbing* horizontal y *mobbing* vertical. En el primer caso, el acosador y el acosado pertenecen al mismo estatus laboral, son compañeros, mientras que en el segundo caso el acosador y el acosado están en diferente nivel jerárquico o rango profesional. Dentro de este segundo caso puede darse un APT descendente (la víctima tiene un estatus inferior al acosador) o ascendente (la víctima tiene un estatus superior al de los acosadores). La mayor parte de los autores coinciden en la existencia de tres tipos de acoso (Piñuel, 2004):

a) Descendente, conocida como *bossing*, siendo la situación más habitual. Un trabajador de nivel jerárquico inferior es atacado por uno o varios trabajadores que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa. En este caso el acoso no se desarrolla entre iguales, sino que la víctima tiene una situación de inferioridad, ya sea jerárquica o de hecho, respecto del agresor. Para Hirigoyen, (2001) este tipo de acoso puede dividirse en: acoso perverso (es en el que existe una pretensión gratuita de destrucción del otro), acoso estratégico (el objetivo es obligar al asalariado a marcharse de la empresa y evitar el procedimiento de despido) y acoso institucional (se utiliza como instrumento de gestión del conjunto del personal).

Se trata de un comportamiento en el que la persona que ostenta el poder, a través de desprecios, falsas acusaciones, e incluso insultos, pretende minar el ámbito psicológico del trabajador para destacar frente a sus subordinados, por miedo a perder el control o puede obedecer a la necesidad de un superior perverso que necesita maltratar al subordinado para destacar (Hirigoyen, 2001) para mantener su posición jerárquica o simplemente se trata de una estrategia empresarial cuyo objetivo es deshacerse forzando el abandono voluntario de una persona determinada sin proceder a su despido legal, ya que éste, sin motivo, acarrearía un

coste económico para la empresa (Piñuel, 2000). Por tanto, en el *mobbing* descendente, el superior hostiga a un subordinado, con la finalidad de aislarle y de reducir la influencia que pudiera ejercer sobre su entorno.

b) Otro tipo de acoso sería el que tiene una dirección horizontal en el cual, el comportamiento de los grupos no es el resultado de los comportamientos de los individuos que lo componen, sino que el grupo se aparece con una nueva identidad que tiene su propio comportamiento. En este supuesto un trabajador se ve acosado por un compañero con el mismo nivel jerárquico, aunque es posible que si bien no oficialmente, tenga una posición superior. El ataque puede producirse por problemas puramente personales, o bien porque alguno de los miembros del grupo sencillamente no acepta las pautas de funcionamiento tácitamente o expresamente aceptadas por el resto. Otra circunstancia que da lugar a este comportamiento es la existencia de personas físicas o psíquicamente débiles o distintas, y estas diferencias son explotadas por los demás simplemente para pasar el rato o mitigar el aburrimiento (Piñuel, 2004).

c) Otra modalidad de acoso sería la ascendente, en el que una persona que ostenta un rango jerárquico superior en la organización se ve agredida por uno o varios subordinados. Generalmente se produce cuando se incorpora a la empresa una persona del exterior con un rango jerárquico superior y sus métodos no son aceptados por los trabajadores que se encuentran bajo su dirección, o porque ese puesto es ansiado por alguno de ellos. Otro ejemplo sería aquel en el que un trabajador es ascendido a un puesto de responsabilidad en virtud del cual se le otorga la capacidad de organizar y dirigir a sus antiguos compañeros. La situación se complica si no se ha consultado previamente el ascenso al resto de trabajadores y éstos no se muestran de acuerdo con la elección, o si el nuevo responsable no marca unos objetivos claros dentro del departamento, generando intromisiones en las funciones de alguno o algunos de sus componentes. En menor proporción puede desencadenarse *mobbing* hacia aquellos jefes que se muestran arrogantes en el trato y muestran comportamientos autoritarios; (Piñuel, 2004)

Si consideramos el perfil del acosador según Piñuel (2004), responde al de un "psicópata organizacional" que emplea técnicas de ataque sutiles, manipula el entorno para conseguir aliados entre los compañeros de trabajo o su silencio ante esa situación, intenta "trepar" rápidamente para desde esa posición ejercitar mejor su acoso y, señaló que, se ha visto que muchos de ellos ya eran hostigadores en el colegio. Dependiendo si el acosador es un superior o superiores, o si es uno o varios compañeros, las conductas de acoso elegidas pueden variar. Los agresores en el mismo nivel en la jerarquía laboral (compañeros), suelen elegir estrategias como la difusión de rumores, los ataques a la vida privada, la burla, y la desigualdad, si tienen en su mano el reparto de tareas o los horarios de trabajo. El uso preferente de estas estrategias se basa en que los compañeros tienen información de la víctima que no suele tener la dirección, circunstancias personales, situación económica, etc. Los acosadores de nivel superior en la jerarquía, prefieren la manipulación hostil y negativa de la comunicación, y el aislamiento social de la víctima, a todos sus niveles. Igualmente, la desigualdad o inequidad es una estrategia muy usada, ya que los superiores tienen casi siempre el poder de decisión de elementos de trabajo como horarios turnos, reparto de tareas, etc. Las agresiones verbales también suelen ser más realizadas por los jefes, en vez de los compañeros, ya que al estar la víctima en un plano (laboral) inferior, siente que es más difícil defenderse (Rodríguez, 2011).

La mayoría de los autores concluyen que el *mobbing* más frecuente sería el descendente. Según un estudio de los EE.UU. (Namie, 2000), el 81% de todos los casos de *mobbing* tienen una situación de inferioridad jerárquica con respecto al acosador. En Europa, la forma descendente sigue siendo la más frecuente, con

estudios que lo sitúan en el 57% (Quine, 1999), en el 47% (Leymann, 1996 y Kirstner, 1997), un 75% el informe Randstad, 2002 (Báguena et al, 2009) u otra investigación británica (Rayner, 1997) concluye que en el 83% de las situaciones de hostigamiento son los supervisores los acosadores. En España Piñuel (2001) lo cifraba en el 43%, sus criterios empleados fueron la exposición a uno o más comportamientos de acoso, con una frecuencia semanal y con una continuidad de más de seis meses de ese comportamiento. Además, en este estudio el 45% de la muestra informaba haber presenciado mobbing en el lugar el trabajo. Y desde la perspectiva de la víctima, los acosadores habían sido principalmente los jefes (82%) y colegas (16%) y en su XI Barómetro Cisneros (2009) el 64%.

Comenzando por el estatus ocupado en la jerarquía laboral, existe una marcada disparidad dependiendo del país. Así, en los estudios realizados en los Países Escandinavos (Einarsen y Skogstad, 1996; Leymann, 1993), los acosadores eran por igual superiores y colegas y en menor medida subordinados. Sin embargo en los estudios realizados en el Reino Unido (Rayner, 1997; Hoel et al., 2001), los acosadores ocupaban principalmente una posición superior en la jerarquía laboral, de aquí radica la diferencia en la utilización de los términos para nombrar el APT, mientras los primeros hablan de mobbing, los segundos de bullying. Los estudios realizados en otros países europeos ofrecen resultados que caen a mitad de camino de los mencionados (Niedl, 1995; Zapf, 1999b). Cabría preguntarse por qué es menos frecuente el acoso de los subordinados a los superiores. Como sugieren Zapf y Einarsen (2005) los subordinados suelen acosar a un supervisor en coalición con otros supervisores y jefes. Esto ocurre si el supervisor se encuentra aislado debido a sus tensiones o conflictos con la dirección. Por otra parte, ocasionalmente se han detectado diferencias de género en relación con el estatus del acosador, de forma que las mujeres eran más a menudo acosadas por su colegas mientras que los hombres lo eran por su supervisor inmediato (Vartia y Hyyti, 2002).

En cuanto al género es un tema que permanece por aclarar. Por una parte, algunos estudios sugieren que los hombres aparecen en mayor proporción que las mujeres como acosadores (Einarsen y Skogstad, 1996; Zapf et al, 2003). Una posible explicación que se ha dado a este resultado es que el *mobbing* incluye formas de agresión directa (burlas, humillaciones, ridiculización en público), que serían más típicas de los hombres que de las mujeres, quienes utilizan preferentemente formas de agresión más indirecta (aislar a la víctima, chismorrear, manipular a otros para que lleven a cabo las actividades de *mobbing*). Por decirlo de algún modo las mujeres utilizarían un estilo de acoso 'relacional' en el que primaría el uso de las tácticas de exclusión social. No obstante otros estudios no encuentran diferencias relacionadas con el género del acosador (Leymann, 1993). De hecho se trata de estudios donde se tiene en cuenta la proporción de hombres y de mujeres existentes en el lugar de trabajo.

Por lo que se refiere al número de acosadores la mayor parte de los estudios muestra que entre el 20% y el 40% de los casos existe únicamente una persona que acosa a la víctima, mientras que entre el 15% y el 25% habían cuatro o más acosadores (Zapf et al, 2003). Otros estudios muestran que cuando el *mobbing* es de larga duración participa mayor número de acosadores y las conductas negativas ocurren con mayor regularidad (Einarsen y Skogstad, 1996; Zapf y Gross, 2001). Estos resultados sugieren que en los casos de *mobbing* duradero es más difícil permanecer como un observador neutral, de forma que más y más personas llegan a implicarse en el proceso. (Báguena et al, 2006)

Nuestros resultados coinciden con los datos del Quinto Informe Cisneros sobre el acoso psicológico y moral en el trabajo, desarrollado por Piñuel (2005) en la Universidad de Alcalá, los acosadores suelen ser individuos en posiciones jerárquicamente superiores con respecto a los acosados, hasta en el 46% de los

casos, aunque también es frecuente que las agresiones se lleven a cabo por compañeros del mismo nivel, hasta en el 44% de los casos.

De acuerdo con Einarsen y Raknes (1997) si el APT procede de los superiores las conductas negativas, son principalmente dirigidas contra la competencia profesional, mientras que cuando procede de la relación entre iguales, suelen manifestarse en ataques personales, como burlas, mofa, exclusión o ridiculización. En nuestro caso, el "acoso al rendimiento en el trabajo" es la categoría más frecuente, lo que viene corroborado por la procedencia del *mobbing* por parte de los supervisores y, posiblemente, con el consentimiento de la dirección, que apoya o evita actuar ante tales prácticas.

Se ha de destacar que aunque el acoso psicológico se haya producido por un encargado o superior de la empresa, ello no implica que ésta debería ser conocedora de este acoso de acuerdo con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/95 y Ley 54/03) y el Reglamento de los Servicios de Prevención (RD 37/97), que formulan una serie de requisitos que deben reunir las actividades de Vigilancia de la Salud a los trabajadores por parte de los empresarios o administradores de las empresas.

Sector laboral donde se producen las conductas hostiles sistemáticas

El sector laboral donde se produjeron las conductas hostiles sistemáticas es variado, así sobre los datos recogidos de 93 socios destacó que los sectores con más casos de APT que representan más del 50% (54.83%) son el comercial, administración, educación, metalurgia, industria y sanidad. Si los casos de APT los agrupamos bajo una misma categorización como trabajadores de la Administración pública de Cataluña (Generalitat de Catalunya, Administración local, Diputación), que realizan su actividad laboral como funcionarios, interinos, personal laboral eventuales, etc., representan un total de 27 personas, 28.42% del total. El sector comercial en su conjunto (comercio, hostelería, alimentación, limpieza, perfumería, artesanía), así como el sector industrial agrupado metalurgia, química y otras industrias agrupan ambos a 25 personas, el 23.15 % cada uno.

En cuanto a nuestra muestra se realizó un estudio diferenciado de trabajadores funcionarios o personal laboral pertenecientes a la Administración pública de Cataluña (TAP) (tanto central como autonómica), frente a personas que trabajaban en la empresa privada (TEP), obteniéndose los siguientes resultados:

1. Trabajadores de la Administración:

18 personas (36% total), 9 mujeres (29% de la muestra femenina) y 9 hombres (47.4% de la masculina). Edad media de los TAP 46.8 años. 48.9 años en las mujeres. 44.8 años en los hombres. La mediana de edad de los TAP es de 48 años (p25: 41 años, p75: 55 años), con DE: 18 años estando representadas diferentes edades (edad mínima 29, edad máxima 55). La mediana de edad de las mujeres fue de 53 años (5 de las cuales por encima del p50, un 55.5%) y la de los hombres de 47 años (5 de los cuales por encima del p50, un 55.5%)

Este colectivo padeció un promedio de 5 años de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral, 4.6 años en las mujeres y 5.4 años en los hombres. La mediana en este colectivo alcanza los 5 años, siendo el p25 de 3 años y el p75 de 7 años. Las mujeres presentaron una mediana de 4 años de presión laboral tendenciosa y los hombres de 6 años.

La duración media de la ILT de los TAP ha sido de 526.7 días (17.6 meses), 510 días (17 meses) en la mujeres TAP y 543.3 días (18.1 meses) en los hombres TAP.

La mediana de duración de ILT de este colectivo ha sido de 18 meses (540 días). En ambos sexos es coincidente, 18 meses (540 días).

En relación a los diagnósticos categorizados a los TAP de TEPT, TDM, TTP, se informa en la tabla 71 de la edad media de los TAP diagnosticados de TEPT TDM TTP

Tabla. 71. Edad media de los TAP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Edad TAP	TEPT	TDM	TTP
	42.2	53	50
	41.5	56	49.7
	42.5	50	52

En relación a los diagnósticos categorizados a los TAP de TEPT, TDM, TTP, se informa en la tabla 72 de los años de mobbing padecidos de los TAP diagnosticados de TEPT TDM TTP

Tabla. 72. Años de padecimiento de mobbing de los TAP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Años mobbing	TEPT	TDM	TTP
	6.3	6	6
	4.5	7	6
	7.3	5	6

En relación a los diagnósticos categorizados a los TAP de TEPT, TDM, TTP, se informa en las tablas 73 y 74 de la duración de los días y meses de ILT de los TAP diagnosticados de TEPT TDM TTP

Tabla. 73. Duración de la ILT (días) de los TAP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Días de ILT	TEPT	TDM	TTP
	625	360	612
	645	270	660
	615	450	540

Tabla. 74. Duración de la ILT (meses) de los TAP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Meses de ILT	TEPT	TDM	TTP
	20.8	12	20.4
	21.5	9	22
	20.5	15	18

- Los diagnósticos categorizados de este colectivo han sido 6 TEPT (2 mujeres y 4 hombres), 5 TTP (3 Mujeres y 2 hombres), 2 TDM (1 hombre y 1 mujer), 2 TAG (2 mujeres), 2 trastornos de adaptación (2 hombres) y 1 ED (mujer)

2. Trabajadores de la empresa privada:

32 personas (64% total), 22 mujeres (71% de la muestra femenina) y 10 hombres (52.6% de la masculina). La edad media de los TEP 44.8 años. 41.7 años en las mujeres. 51.5 años en los hombres. La mediana de edad de los TEP es de 46 años (p25: 36 años, p75: 53 años), con DE: 18 años estando representadas diferentes edades (edad mínima 29, edad máxima 55). La mediana de edad de las mujeres fue de 40 años (50% por encima del p50) y la de los hombres de 52 años (50% por encima del p50).

Este colectivo ha padecido un promedio de 3.4 años de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral, 3.2 años en las mujeres y 3.9 años en los hombres. La mediana en este colectivo alcanza los 3 años, siendo el p25 de 2 años y el p75 de 4 años. Ambos sexos presentaron una mediana de 3 años de presión laboral tendenciosa.

La duración media de la ILT de los TEP ha sido de 350.6 días (11.7 meses), 349.1 días (11.6 meses) en la mujeres TEP y 354 días (11.8 meses) en los hombres TEP. La mediana de duración de ILT de este colectivo ha sido de 12 meses (360 días). Las mujeres han estado 12 meses (360 días) de baja frente a los 14 meses (405 días) de los hombres.

En relación a los diagnósticos categorizados a los TAP de TEPT, TDM, TTP, se informa en la tabla 75 de la edad media de los TAP diagnosticados de TEPT TDM TTP

Tabla. 75. Edad media de los TEP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Edad TEP	TEPT	TDM	TTP
	39.8	54	45
	37.8	54.5	36.5
	50	53.5	50.7

En relación a los diagnósticos categorizados a los TAP de TEPT, TDM, TTP, se informa en la tabla 76 de los años de mobbing padecidos de los TAP diagnosticados de TEPT TDM TTP

Tabla. 76. Años de padecimiento de mobbing de los TEP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Años mobbing	TEPT	TDM	TTP
	2.3	4.3	6.2
	2.3	5.8	3.5
	2	2.8	8

En relación a los diagnósticos categorizados a los TAP de TEPT, TDM, TTP, se informa en la tabla 77 y 78 de la duración de los días y meses de ILT de los TAP diagnosticados de TEPT TDM TTP

Tabla. 77. Duración de la ILT (días) de los TEP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Días de ILT TEP	TEPT	TDM	TTP
	360	356.3	480
	324	412.5	435
	540	300	510

Tabla. 78. Duración de la ILT (meses) de los TEP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Meses de ILT TEP	TEPT	TDM	TTP
	12	11.9	16
	10.8	13.8	14.5
	18	10	17

Los diagnósticos categorizados de este colectivo han sido 6 TEPT (5 mujeres y 1 hombre), 5 TTP (2 Mujeres y 3 hombres), 8 TDM (4 mujeres y 4 hombres), 2 TAG (2 mujeres), 5 trastornos de adaptación (5 mujeres), 4 trastornos de ansiedad (2 mujeres y 2 hombres) y 2 ED (2 mujeres)

Comparativa entre los colectivos TAP y TEP

En las tablas 79 80 81 82 y 83 se realizó una comparativa de los colectivos de trabajadores TAP y TEP son los parámetros que hemos ido analizando en apartados anteriores como, edad, años de padecimiento, duración de la ILT en días y meses, duración de la ILT (días) de los diagnosticados de TEPT, duración de la ILT (días) de los colectivos de trabajadores TAP y TEP diagnosticados de TDM y duración de la ILT (días) de los colectivos de trabajadores TAP y TEP diagnosticados de TTP

Tabla 79. Edad media de los colectivos de **TAP y TEP**

EDAD muestra	Edad TAP	Edad TEP
45.5	46.8	44.8
44.3	48.9	41.7
48.3	44.8	51.5

Tabla 80. Años de padecimiento de los colectivos de **TAP y TEP**

Años mobbing muestra	Años mobbing TAP	Años mobbing TEP
4	5	3.4
3.7	4.6	3.2
4.6	5.4	3.9

Tabla 81. Tiempo de ILT (días) de los colectivos de **TAP y TEP**

Días ILT muestra	Días ILT TAP	Días ILT TEP
414	526.7	350.6
391	510	349.1
443.7	543.3	354

Tabla. 82. Duración de la ILT (días) de los colectivos de **TAP y TEP** diagnosticados de TEPT

Días de ILT TEPT	TAP	TEP
	625	360
	645	324
	615	540

Tabla. 83. Duración de la ILT (días) de los colectivos de **TAP y TEP** diagnosticados de TDM

Días de ILT TDM	TAP	TEP
	360	356.3
	270	412.5
	450	300

Tabla. 84. Duración de la ILT (días) de los colectivos de **TAP y TEP** diagnosticados de TTP

Días de ILT TDM	TAP	TEP
	612	480
	660	435
	540	510

En este subestudio analizado entre colectivo de TAP frente a TEP, se destaca:

Genero

Hay más mobbing en los TEP que en los TAP (64% vs 36%). 2 de cada 3 trabajadores trabajan en la empresa privada. Hay más APT en las mujeres que trabajan en la empresa privada que en la administración pública (71% vs 29%). Entre los hombres trabajadores existe aproximadamente el mismo % (56.2% vs 47.4%). En los TAP no hay diferencia de sexo, se acosa por igual mujeres que hombres (50%). En cambio en los TEP se acosa más a las mujeres que a los

hombres (68.7% vs 31.3), 2 de cada 3 trabajadoras de la empresa privada están acosadas frente a 1/3 de los hombres. Las trabajadoras más mayores se ven más expuestas a mobbing en el sector público aunque el porcentaje es mayor entre los hombres. Las trabajadoras más jóvenes son las más expuestas en el sector privado y las mujeres de cualquier edad también. En este punto se emplaza a analizar la discusión de este apartado, así como resaltar el aspecto de si el mobbing es como consecuencia de un rechazo a insinuaciones sexuales.

Edad

En relación a la edad de los trabajadores, comparando la edad de los TAP y los TEP destaca los resultados siguientes. La edad media es mayor en los TAP (46.8 vs 44.8). Los TAP poseen mayor edad que la población de estudio (44.8 vs 45.5 años). Los TEP poseen menor edad que la población de estudio (46.8 vs 45.5 años) Edad mínima (29 vs 27). Edad máxima (55 vs 60). La edad media de las mujeres TAP es superior (48.9 vs 41.7). La edad media de los hombres TAP es menor (44.8 vs 51.5). Las mujeres TAP poseen mayor edad que la población de estudio (48.9 vs vs 44.3). Los hombres TEP poseen mayor edad que la población de estudio (51.5 vs 48.3).

En los TAP el acoso se incrementa a partir de los 44 años (14 personas, 77.7%) siendo la mediana de edad de 48 años. El mayor número de casos en las mujeres aparece en la década de los 50, con el 55.5% frente al 33.3% de la década de los 40. Siendo a partir de los 53 años cuando el riesgo se incrementa. En los hombres se distribuye en las 3 décadas centrales con el mismo porcentaje (33.3%) siendo el mayor riesgo a partir de los 47 años.

En los TEP el acoso se incrementa a partir de los 40 años con el 77.8% de los casos, 21 personas. La mediana de edad entre mujeres y hombres es alta (40 años vs 52 años). Por consiguiente son en edades más jóvenes cuando a la mujer se le acosa más laboralmente. En la década de los 30 es cuando se aprecia mayor número de APT con el 36.3% de los casos frente al 22.7% en la década de los 40. A partir de los 40 años es cuando la mediana alcanza el 50% de los casos. En los hombres jóvenes no se detecta mobbing. Aparece en la década de los 40 y 50. El % mayor es en la década de los 50 con el 70% de los pacientes afectados. La edad de riesgo es 52 años.

En conclusión, los TAP expuestos a mobbing poseen mayor edad que los TEP (46.8 años vs 44.8), siendo las mujeres TAP el colectivo con mayor diferencia (48.9 vs 41.7). En cambio en el colectivo masculino son de mayor edad los TEP (44.8 años vs 51.5). La edad mínima de aparición del mobbing en los TAP es de 29 años y en los TEP de 27. La edad máxima de aparición del mobbing en los TAP es de 55 años y en los TEP de 60. Las mujeres TAP presentan acoso a edades más avanzadas (53 años). Mientras las mujeres TEP presentan acoso en edades más jóvenes (40 años). El 45.5% de las mujeres TEP acosadas tienen una edad < 40 años. Los hombres TAP presentan acoso a edades más tempranas que los TEP, 44.8 años frente a 51.5. El 55.5% de los hombres TAP tienen una edad superior a 44 años. Mientras los hombres TEP el 50% tienen más de 50 años. No hay ningún hombre TEP acosado por debajo de los 40 años.

Si estudiamos la población de TAP vs TEP por décadas de edad. < 30 años (1 vs 3). Entre 30-39 años (3 vs 8). Entre 40-49 años (6 vs 8). Entre 50-59 años (8 vs 11). > 60 años (0 vs 2). Si estudiamos las mujeres TAP vs TEP por décadas de edad y sexo. < 30 años (1 vs 3). Entre 30-39 años (0 vs 8). Entre 40-49 años (3 vs 5). Entre 50-59 años (5 vs 4). > 60 años (0 vs 2). Si estudiamos los hombres TAP vs TEP por décadas de edad y sexo. < 30 años (0 vs 0). Entre 30-39 años (3 vs 0). Entre 40-49 años (3 vs 3). Entre 50-59 años (3 vs 7). > 60 años (0 vs 0).

Teniendo en cuenta que no existe ningún hombre afectado de mobbing por debajo de 40 años y ninguno por encima de 58, se ha hecho el estudio por franjas de edad divididas entre menores de 40 años, entre 40-49 años y mayores de 50 años. Las mujeres menores de 40 años TEP representan el 50% de las TEP acosadas y el 35.5% de las mujeres trabajadoras acosadas en ambos sectores laborales. En esta franja de edad sólo están afectadas el 11.1% de las mujeres TAP, que representan el 3.2% de las mujeres trabajadoras de ambos sectores. Entre los hombres menores de 40 años, no hay ningún TEP pero hay 3 TAP afectados. En esta franja de edad están afectados el 33.3% de los hombres TAP, que representan el 15.8% de todos los hombres trabajadores de ambos sectores.

Las mujeres de la franja de edad entre 40 -49 años TEP representan el 22.7% de las TEP acosadas y el 16.1% de las mujeres trabajadoras acosadas en ambos sectores laborales. En esta franja de edad están afectadas el 33.3% de las mujeres TAP, que representan el 9.7% de las mujeres trabajadoras de ambos sectores. Entre los hombres de la franja de edad entre 40 -49 años, hay 3 TEP acosados y 3 TAP afectados. En esta franja de edad están afectados el 33.3% de los hombres TAP, que representan el 15.8% de todos los hombres trabajadores de ambos sectores. Están afectados el 30% de los hombres TEP que representan el 15.8% de todos los hombres trabajadores de ambos sectores.

Los hombres mayores de 50 años TEP representan el 70% de los TEP acosados y el 36.8% de los hombres trabajadores acosados en ambos sectores laborales. En esta franja de edad están afectados el 33.3% de los hombres TAP, que representan el 15.8% de los hombres trabajadores de ambos sectores. Entre las mujeres mayores de 50 años, hay 6 mujeres TEP y 5 TAP afectadas. En esta franja de edad están afectadas el 55.5% de las mujeres TAP, que representan el 16.1% de todas las mujeres trabajadoras de ambos sectores. Las mujeres TEP afectadas de esta franja alcanzan el 27.3% de todas las mujeres TEP afectadas y representan el 19.4% de todas las mujeres trabajadoras de ambos sectores. En general las Conclusiones por franja de edad fueron:

a) En relación a las mujeres, las TEP menores de 40 años son las más afectadas entre las mujeres de ambos sectores con el 35.5% y representan el 50% de las TEP acosadas. Siendo las mujeres TEP de la franja 30-39 años las más afectadas sumando ambos sectores (25.8%) y representan el 36.3% de las TEP mujeres acosadas. En segundo lugar las mujeres TEP mayores de 50 años afectadas alcanzan el 27.3% de todas las mujeres TEP afectadas. Representan el 19.4% de todas las mujeres trabajadoras. En tercer lugar hay coincidencia entre las mujeres TAP mayores de 50 años y las mujeres TEP de la franja de edad 40-49 años, con un 16.1% del total de mujeres trabajadoras. Sin embargo, mientras las mujeres TAP mayores de 50 años representan el 55.5% de las mujeres TAP afectadas, las mujeres TEP de esta franja representan el 22.7% de las TEP acosadas.

Las mujeres TAP mayores de 50 años son las más afectadas de todos los TAP. Mientras las mujeres TEP menores de 40 años son las más afectadas de todos los TEP.

b) En relación a los hombres, los hombres TEP mayores de 50 años son los más afectados sumando ambos sectores con el 36.8% y representan el 70% de los TEP hombres acosados. Los hombres TAP se distribuyen por las 3 franjas con % iguales de afectación, cada franja presenta el 33.3% de los hombres TAP, representando cada franja el 15.8% de todos los hombres trabajadores de ambos sectores. Finalmente destaca que están afectados el 30% de los hombres TEP que representan el 15.8% de todos los hombres trabajadores de ambos sectores.

En conclusión no hay ningún TEP hombre por debajo de 40 años que haya padecido mobbing. No hay ningún TEP hombre por encima de 58 años que haya padecido mobbing. Siendo los TEP mayores de 50 años los más afectados de APT de todos los trabajadores de ambos sectores con el 36.8% y representan el 70% de los TEP hombres acosados.

c) De las 3 franjas de edad menores de 40 años y 40-49 años son las mujeres las más expuestas con % muy elevados, en cambio en los mayores de 50 años, los hombres alcanzan tasas similares a las mujeres trabajadoras. En todas las edades las mujeres están más expuestas que los hombres. En este punto sería interesante recordar la discusión del apartado de género y mobbing descrito anteriormente, así como resaltar el aspecto de si el mobbing es el resultado de un rechazo a insinuaciones sexuales.

En conclusión, el riesgo mayor en la población trabajadora es ser mujer menor de 40 años donde se alcanza el 53.8%. En los hombres el riesgo mayor es tener más de 47 años donde se alcanza el 68.4%. Destaca que en la empresa privada no se detecta APT en los hombres menores de 30 años. En general, las mujeres sufren mobbing en todas las franjas de edad, en cambio no hay ningún joven menor de 33 años que sufra mobbing, ni ningún hombre de más de 58 años afectado.

Años de padecimiento de la conducta hostil

Los TAP sufren más años la presión laboral tendenciosa que los TEP (5 vs 3.4) con una diferencia de 1.6 años. En los hombres TAP la diferencia es de 1.5 años respecto a los TEP. En las mujeres TAP respecto a las TEP la diferencia también es alta 1.4 años. Los TAP son los hombres los que padecen conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral durante mayor tiempo que las mujeres TAP (5.4 vs 4.6) con una diferencia de 1.2 años. En los TEP son también los hombres los que presentan mayor duración del mobbing con 3.9 años, frente a 3.2 de las mujeres TEP, con una diferencia menor 0.7 años. La diferencia más alta con la muestra es la de las mujeres TAP con 0.9 años. Se destaca que hay 12 personas que han padecido acoso durante más de 6 años. 7 hombres (36.8% de todos los trabajadores) y 5 mujeres (16.1%). De los hombres 5 son TAP y de las mujeres 3 son TEP.

ILT / IP

La duración media de la ILT ha sido mayor en los TAP (526.7 vs 350.6 días) con una diferencia de 176.1 días. También ha sido mayor que en la muestra (526.7 vs 414 días) en 112 días. Entre las mujeres trabajadoras la diferencia de días de ILT ha sido menor que entre los hombres. La diferencia entre la mujer TAP vs la TEP ha sido de 160.9 días. En el colectivo de trabajadores hombres aumenta la diferencia hasta 189.3 días. Los TAP hombres los que presentan un mayor número de días de baja de ILT (543.3). No hay una diferencia excesiva de días de ILT entre los sexos de los trabajadores del mismo colectivo. TAP hombres vs mujer, la diferencia es de 33.3 días. En los TEP disminuye hasta 4.9 días. Las mujeres TEP son las que se están menos días de baja (349.1).

Las causas de estas diferencias podríamos atribuir las entre otros factores a que los TAP sufren más años la presión laboral tendenciosa que los TEP, 1.6 años más de media. Destaca no obstante que la afectación psíquica es tan fuerte que aunque las mujeres TAP sufran menos años de acoso que los hombres (4.6 vs 5.4), su ILT es elevada (17 meses) pero no coincide con la de los hombres (18.1 meses). En cambio, en los TEP aún sufriendo 0.7 años menos de acoso, las mujeres presentan aproximadamente los mismos días de baja (diferencia de 4.9 días). La explicación

la podríamos atribuir a varios factores que confluyen, la edad en la que se ha producido el acoso, el grado de afectación y la resolución del conflicto laboral.

En relación a la edad las mujeres presentan el APT en edades mucho más jóvenes que los hombres (41.7 vs 51.5) por tanto con mayor capacidad de afrontamiento y un futuro en otra empresa, frente a una persona con edad laboral mayor, con más experiencia pero sin un futuro tan claro. Como hemos visto a lo largo de este estudio la afectación del mobbing es tan impactante que la mayoría de las víctimas relatan pánico y terror a volver a su puesto de trabajo, no tienen fuerzas materiales para defenderse y se plantean su futuro profesional en otra empresa, si se sienten seguras de sí mismas y su autoestima no ha sido dañada. Este comportamiento de afrontamiento suele platearse en edades más jóvenes, ya que en edades más adultas se tienen más cargas responsabilidades añadidas cuidado de hijos, padres, familia, hipotecas económicas adquiridas, siendo la elección de abandonar la empresa más incierto y más difícil de gestionar, por consiguiente se tiende a aguantar la situación laboral y padecer más sufrimiento.

El mayor grado de afectación con diagnósticos de TMG, entre ellos TTP y TEPT se ha producido entre las mujeres con una franja de edad menor de 40 años, por consiguiente la dificultad de su trastorno le dificulta para alcanzar una resolución satisfactoria, alargando su proceso de ILT, por su poca autoestima y su incapacidad.

La resolución del conflicto laboral también influye en la duración de la ILT. En general, las empresas realizan expedientes de regulación de empleo a las personas mayores de 52 años, pues son las que perciben un salario mayor por los años trabajados en la empresa. Ante esta disyuntiva empresarios para evitarse la indemnización actúan con *violencia psicológica extrema y/o presión tendenciosa, durante un tiempo prolongado, de forma consciente, sistemática, repetitiva y recurrente sobre su empleado, con la finalidad de destruir su confianza, autoestima, reputación, asertividad, y perturbar así el ejercicio de sus funciones, generándole desconfianza en el trabajo que realiza consiguiendo la autoeliminación laboral de la víctima, por abandono voluntario del trabajo o baja médica, sin que medie ningún despido por causas objetivas y sin dejar huellas*

Patrón diagnóstico comparativo

Si analizamos en ambos colectivos de trabajadores los diagnósticos incluidos en los estadios 3 (TEPT) 4 (TDM) y 5 (TTP) que según De Rivera (2011) pueden generar en la evolución clínica de las víctimas de APT un mayor daño psíquico crónico se han obtenido la siguiente categorización. Los diagnósticos categorizados a los trabajadores de los dos colectivos por orden numérico han sido 12 TEPT (7 mujeres y 5 hombres), 10 TTP (5 de cada sexo), 10 TDM (5 de cada sexo), 7 ADAP (5 mujeres y 2 hombres), 4 TAG (4 mujeres), 4 ANS (2 de cada sexo) y 3 ED (3 mujeres)

Por sectores laborales distinguimos: 18 personas diagnosticadas en los TAP, 6 TEPT (2 mujeres y 4 hombres), 5 TTP (3 Mujeres y 2 hombres), 2 TDM (1 de cada sexo), 2 TAG (2 mujeres), 2 trastornos de adaptación (2 hombres) y 1 ED (mujer). Los diagnósticos categorizados de los TEP han sido 32, 6 TEPT (5 mujeres y 1 hombre), 5 TTP (2 Mujeres y 3 hombres), 8 TDM (4 de cada sexo), 2 TAG (2 mujeres), 5 trastornos de adaptación (5 mujeres), 4 trastornos de ansiedad (2 de cada sexo) y 2 ED (2 mujeres).

El presente estudio detectó 22 personas que habían sufrido TEPT (12 con diagnóstico establecido y 10 más que lo habían padecido y ahora se encuentran en un estado crónico de su enfermedad mental diagnosticados actualmente de TTP.

Los TAP y TEP presentaban el mismo número de casos de TEPT y TTP 6 y 5 respectivamente. Ambos diagnósticos representaban el 61.1% de los diagnósticos de los TAP, frente al 34.3% de los TEP. Teniendo en cuenta que el daño psíquico viene determinado por el número de casos de TEPT, TTP y TDM diagnosticados, los TAP presentan 13 sobre 18 (72.2%). Los TEP presentaban 19 sobre 31 (61.3%). Del resto de diagnósticos destacaba que los TEP presentaban mayor número de diagnósticos de los estadios 1 y 2 descritos por De Rivera (2011) que los TAP. En los TAP la mayoría de las personas diagnosticadas previamente de TDM en comorbilidad de TEPT se encontraban en estado actualmente en TTP, frente a los casos de TEP que al sufrir como veremos menos años de acoso no se detectaba tanta cronicidad.

En los TEP, hay un mayor número de mujeres diagnosticadas de TEPT y TTP que hombres, (7 vs 4) a costa de un mayor diagnóstico de TEPT (5 vs 1). En cambio el número de personas con TTP es mayor entre los hombres que en las mujeres (3 vs 2). En cuanto al diagnóstico de TDM ha sido más numeroso en los TEP que en los TAP (8 vs 2). Del resto de diagnósticos es característico que mientras en los hombres solo se han categorizado 2 trastornos de ansiedad en las mujeres la variabilidad diagnóstica es más amplia.

En general se detecta más daño psíquico, comorbilidad y cronicidad en los TAP frente a los TEP. El motivo de esta diferencia es la edad de la víctima y el tiempo de padecimiento de las conductas hostiles sistemáticas sufridas por éstas.

Edad según diagnóstico

Los diagnósticos de TDM se categorizan a edades mayores 53 años en TAP, 54 en TEP. Es el diagnóstico de TEPT el que se detecta más tempranamente (42.2 en TAP vs 39.8 en TEP). Por debajo de 45 años se detectan los diagnósticos de TEPT en TAP (42.2), de TEPT en TEP (39.8) y TTP en TEP (45). Por encima de 50 años se detectan los diagnósticos de TDM en TAP (53) y en TEP) y 50.6 de TTP en TAP. La diferencia mayor de edad se encuentran en los diagnósticos de TTP (50.6 vs 45) 5.6 años de diferencia.

Entre las mujeres son las TEP las que tienen diagnósticos más precoces TTP 36.5 años y TEPT 37.8 años. Mientras las mujeres TAP se detectan a edades más tardías 56 TDM, y 49.7 TTP. En los hombres a excepción del diagnóstico de TEPT en los TAP (42.5 años), el resto se ha categorizado con 50 o más años. Las diferencias mayores de edad entre sectores se encuentra entre las mujeres TEP diagnosticadas de TTP (36.5 vs 49.7) con 7.2 años, y entre los hombres TAP diagnosticados de TEPT (42.5 vs 50) con 7.5 años de diferencia.

En la tabla 85, 86 y 87 se recogen la edad media del TEPT, TDM y TTP diferenciada por colectivo de trabajadores

Tabla 85. Edad media del TEPT diferenciada por colectivo de trabajadores

Edad	TEPT TAP	TEPT TEP
	42.2	39.8
	41.5	37.8
	42.5	50

Tabla 86. Edad media del TDM diferenciada por colectivo de trabajadores

Edad	TDM TAP	TDM TEP
	53	54
	56	54.5
	50	53.5

Tabla 87. Edad media del TTP diferenciada por colectivo de trabajadores

Edad	TTP TAP	TTP TEP
	50.6	45
	49.7	36.5
	52.0	50.7

Años de padecimiento según diagnóstico

Por tanto, si correlacionamos estos diagnósticos con el tiempo de sufrimiento de estas conductas se encuentra que, en los TAP la mediana de padecimiento de mobbing es casi coincidente en los 3 diagnósticos, 6.3 años en los diagnósticos de TEPT y 6 en TDM y TTP. Las mujeres TAP diagnosticadas de TEPT han padecido 4.5 años de mobbing y 6 las afectadas de TTP. En cambio la mujer con TDM ha sido acosada 7 años. Los hombres TAP diagnosticados de TEPT son los más acosados con 7.3 años, mientras los TTP lo han sido 6 y los diagnosticados de TDM 5 años. En los TEP es el diagnóstico de TTP el que ha padecido más años de mobbing 6.2 años, les sigue el TDM con 4.3 y por último el TEPT con 2.3 años. Las mujeres TEP con diagnóstico TDM son las que mayor acoso han recibido 5.8 años de media, después las diagnosticadas de TTP con 3.5 años y por último las diagnosticadas de TEPT con 2.3 años. En cambio los hombres con diagnóstico TTP son los que más han padecido de conductas hostiles sistemáticas con 8 años. Muy por debajo aparecen los TDM con 2.8 y los TEPT con 2.

La correlación de años de sufrimiento con diagnósticos graves no es muy acertada en los casos de TEP con TEPT. Ello puede ser debido a que los pacientes más graves hayan cronificado a TTP quedando aquellos pacientes que hemos descrito en la página 164 en el apartado de ILT que estarían trabajando en situaciones de salud precarios, con elevados ratios de absentismo, presentismo y bajas laborales. Podríamos considerar que en esta situación se encontrarían 7 personas del estudio.

En cambio el número de años de padecimiento es diferente, mientras en los TAP con diagnóstico de TEPT es 6.3 años, en los TEP es de 2.3. En TTP es similar (6 vs 6.2). La diferencia estriba en los años sufridos por los hombres TEP que asciende a 8 años de media siendo el de las mujeres de 3.5. El número de TAP hombres con estos diagnósticos es mayor que el de TAP mujeres (6 vs 5) pues tal como se ha comentado, éstos padecen durante más tiempo la presión laboral tendenciosa que ellas (7.3 vs 4.5).

En la tabla 88, 89 y 90 se recogen los años padecimiento mobbing con diagnóstico de TEPT, TDM y TTP diferenciada por colectivo de trabajadores

Tabla 88. Años padecimiento mobbing con diagnóstico de TEPT diferenciada por colectivo de trabajadores

años mobbing	TEPT TAP	TEPT TEP
	6.3	2.3
	4.5	2.3
	7.3	2

Tabla 89. Años padecimiento mobbing con diagnóstico de TDM diferenciada por colectivo de trabajadores

años mobbing	TDM	TDM
	6	4.3
	7	5.8
	5	2.8

Tabla 90. Años padecimiento mobbing con diagnóstico de TTP diferenciada por colectivo de trabajadores

años mobbing	TTP	TTP
	6	6.2
	6	3.5
	6	8

Ello puede ser debido a que la transformación de la personalidad de los trabajadores afectados viene relacionada con los años de padecimiento de mobbing. A mayor años de sufrimiento mayor daño psíquico, comorbilidad y cronicidad. Por consiguiente a mayor tiempo de padecimiento de una enfermedad psiquiátrica más transformación de la personalidad se detecta.

En conclusión, los años de padecimiento de mobbing se relacionan con el daño psíquico sufrido por las víctimas de APT, con la comorbilidad y la cronicidad, representada en los diagnósticos con que los profesionales sanitarios han categorizado a las víctimas, en nuestro estudio TEPT, TTP y TDM.

ILT según diagnóstico

El diagnóstico que ha generado más días de ILT en el colectivo de trabajadores de la muestra ha sido el TTP con 2.145 días, el segundo diagnóstico ha sido el TEPT con 2.124 días y el TDM ha sido el tercero con 1.433 días. Si analizamos por sexo son las mujeres TTP las que más días de ILT han padecido con 1.095, las mujeres con TEPT alcanzan 969 días y las TDM alcanzan 682 los hombres diagnosticados de TEPT los que han padecido más días del total de trabajadores 1.155, seguidos de los 1.050 días del TTP, los TDM alcanzan 750 días. Si los analizamos por el número total son los hombres diagnosticados con TEPT y las mujeres con TTP las que padecen más días de baja. Si el número de diagnósticos de TEPT alcanzan 12 personas, 10 de TTP y 10 de TDM, podemos decir que cada persona diagnosticada de TEPT ha padecido 177 días de baja de media, de TTP 214 días, y de TDM 143 días. En la tabla 91 se recogen la duración total de la ILT de los colectivos de TAP y TEP con diagnóstico de TEPT, TDM y TTP diferenciada por colectivo de trabajadores

Tabla. 91. Duración total de la ILT (días) de los colectivos de trabajadores **TAP y TEP** diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Días de ILT TEPT	TEPT	TDM	TTP
	969	682	1.095
	1.155	750	1.050
Total	2.124	1.433	2.145

La duración media de la ILT (días) de los 3 diagnósticos TEPT, TDM y TTP es mayor en los TAP respecto a los TEP. El diagnóstico de TEPT (625 vs 360) es el que ocasiona mayor diferencia de días entre los dos colectivos de trabajadores 265 días. TDM (360 vs 356.3) con 3.7 días y TTP (612 vs 480) con 132 días de diferencia. Si analizamos los datos por diagnósticos, en el TEPT las mujeres TAP diagnosticadas de TEPT superan a las mujeres TEP. En el TEPT (645 vs 324) es donde se obtiene más diferencia entre todos los trabajadores sin diferenciar sexos con 321 días de diferencia. En los hombres la diferencia desciende hasta 75 días (615 vs 540). En el TTP también la diferencia es mayor entre las mujeres TAP respecto a los TEP (660 vs 435) con una diferencia de 225 días. Entre los hombres esta diferencia desciende a sólo 30 días (540 vs 510). En el TDM son las mujeres TEP las que padecen un mayor número de días de ILT (412.5 vs 270) con una diferencia de 142.5 días. En cambio los hombres TAP la ILT es más larga que los TEP (450 vs 300) con una diferencia de 150 días.

Si lo analizamos diferenciando los sexos del mismo colectivos de trabajadores, son las mujeres TAP las que más padecen días de ILT a excepción del TDM. En TEPT con una diferencia de 30 días (645 vs 615) y en TTP (660 vs 540) con 120 días de diferencia. En el TDM la diferencia a favor del hombre es de 180 días (450 vs 270). En los TEP, el único diagnóstico donde la mujer TEP presenta mayor días de baja es en el TDM, con una diferencia de 112.5 días. En el resto son los TEP hombres los que padecen más días de ILT. En concreto en el TEPT la diferencia es la mayor con 216 días (540 vs 324), en el TTP es menor esa diferencia 75 días (510 vs 435)

El diagnóstico que genera un mayor número de días de baja se produce en el colectivo de TAP y corresponde con el TEPT con 1260 días, seguido del TTP en el mismo colectivo con 1.200 días. El tercero sería dentro del colectivo TEP el de TEPT con 864 días. En la tabla 92 93 y 94 se recoge la duración de la ILT (días) de los colectivos de TAP y TEP diagnosticados de TEPT, TDM y TTP

Tabla. 92. Duración de la ILT (días) de los colectivos de trabajadores **TAP y TEP** diagnosticados de TEPT

Días de ILT TEPT	TAP	TEP	TOTAL días
	625	360	
	645	324	969
	615	540	1155
Total	1.260	864	2.124

Tabla. 93. Duración de la ILT (días) de los colectivos de trabajadores **TAP y TEP** diagnosticados de TDM

Días de ILT TDM	TAP	TEP	TOTAL días
	360	356.3	
	270	412.5	682.5
	450	300	750
Total	720	712.5	1433

Tabla. 94. Duración de la ILT (días) de los colectivos de trabajadores **TAP y TEP** diagnosticados de TTP

Días de ILT TDM	TAP	TEP	TOTAL días
	612	480	
	660	435	1.095
	540	510	1.050
Total	1.200	945	2.145

Una limitación del estudio es que en algunos diagnósticos la n es muy baja y poder extrapolar adecuadamente estos resultados.

Finalmente hay que destacar que de ambos sectores existen 13 personas en situación laboral de Incapacidad Permanente (IP). 7 hombres y 6 mujeres. 8 son TAP y 5 TEP. De los TAP hay 5 hombres y 3 mujeres. De los TEP hay 3 mujeres y 2 hombres. De los 10 trabajadores en Incapacidad permanente absoluta hay 5 de cada sexo, y 7 son TAP y 3 TEP. De los TAP hay 5 hombres y 3 mujeres. De los TEP las dos son mujeres. Los 2 trabajadores en situación de incapacidad permanente total son hombres uno es TAP y el otro TEP. La mujer en incapacidad permanente parcial es una TEP. Hay mayor número de TAP en IP que TEP (61.5% vs 38.5%). Hay más TAP hombres (62.5% vs 37.5%). En cambio hay más mujeres TEP que hombres (60% vs 40%). En situación de IP absoluta, no esta capacitado para realizar ningún trabajo hay más TAP que TEP (70% vs 30%) siendo el 50% de cada sexo. En IP total, capacitado para trabajar en otro destino diferente a su profesión habitual existe un 50% de cada colectivo. Estos resultados indican que a mayor duración del APT mayor daño psíquico, mayor comorbilidad, diagnósticos de mayor

gravedad clínico y de curso crónico, y más situación laboral de incapacidad permanente.

Finalmente, se ha de lamentar desgraciadamente que entre las 132 personas que fueron reclutadas inicialmente, como consecuencia de estas conductas se produjo un suicidio por parte de una mujer y tres personas más realizaron intentos autolíticos, dos de ellas incluidas en la muestra del estudio, trabajadores ambos de empresas privadas.

Discusión de los resultados del sector laboral

Cuando se consideran los sectores ocupacionales más afectados por el *mobbing*, la III Encuesta europea de la OIT de (Paoli y Merllié, 2001), este informe comparando las tasas de incidencia de distintos sectores de riesgo, muestra que los porcentajes más elevados se encuentran en la administración pública (14%), educación y salud (12%), hoteles y restaurantes (12%), y transportes y comunicaciones (12%), tienen tasas más altas que el resto de sectores analizados. Por otro lado, entre los sectores menos afectados por el problema se encontrarían el de la agricultura y pesca (3%) y el de la construcción (5%). (Di Martino et al, 2003). Sin embargo, si se revisa la bibliografía sobre este tema, no todos los estudios coinciden con la conclusión de que estos sectores sean los más afectados (Einarsen et al, 1994; y Einarsen y Skogstad, 1996).

La Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea (2007) observó que había una mayor incidencia de *mobbing* (8%) en las grandes empresas (más de 250 trabajadores) y en los sectores de la educación, la salud, la hostelería y la restauración. En concreto, el 6% de los trabajadores del sector público señalaba haber experimentado *mobbing* en comparación al 4% del sector privado. Asimismo, la encuesta realizada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1997) ya revelaba que el 10% de las personas afectadas por *mobbing* se encontraban sólidamente instaladas en el sector servicios, en la Administración del Estado, en la sanidad o en las universidades, y, en general, en instituciones altamente reglamentadas y homogéneas. Con respecto a los colectivos más afectados por *mobbing*, parece existir un consenso científico en identificar el sector servicios como uno de los campos en los que los riesgos psicosociales tienen especial prevalencia.

Centrándonos en España, los resultados de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2004), muestran que el sector servicios es el más afectado, y dentro de éste, las ramas de actividad de servicios sociales y administración/banca con un 6.2% y un 5.8%, respectivamente. Los sectores de la industria (3.5%) y la construcción (1%) están significativamente menos afectados. En cuanto al sector público, en un trabajo específico realizado en la Agencia Tributaria y la Intervención General de la Administración del Estado, Piñuel (2004) cifra en un 25% la incidencia del *mobbing* (por encima del 15% que había encontrado en estudios anteriores).

Es difícil establecer si el *mobbing* es más frecuente en la empresa pública, en la privada, o si no existen diferencias entre ambas. Los estudios que parecen concluir en una mayor frecuencia del *mobbing* en el sector público frente al privado pecan del defecto de que los trabajadores de este último suelen encontrarse infrarepresentados (Leymann, 1993; Leymann y Gustaffson, 1996). El mayor riesgo de *mobbing* parece detectarse en los sectores ocupacionales comprometidos con la sanidad y la asistencia social, la educación y los trabajadores de la administración pública, que forman todos ellos parte del sector público.

Zapf et al (2003), han ofrecido diversas explicaciones al respecto. Una consiste en pensar que el *mobbing* es menos frecuente en las empresas más pequeñas (restaurantes, hoteles, comercios, negocios de albañilería) y que si el conflicto surge entre las partes, la persona abandona el trabajo. De hecho, en este tipo de empresas priman los contratos de trabajo a corto plazo, con lo que la posibilidad de un conflicto duradero es difícil que ocurra. No obstante esta explicación es defectuosa en el sentido de que tamaño de la empresa y sector público vs privado parecen confundirse. Otra explicación consiste en asumir que para la mayor parte de los países europeos trabajar en el sector público (administración) significa un trabajo seguro y duradero lo que compensa un salario más bajo. De este modo, cuando ocurre el *mobbing* el individuo no está dispuesto así como así a dejar su trabajo o mejor dicho la seguridad que este le reporta. Una tercera explicación tiene que ver con la mayor implicación personal que conllevan determinados trabajos en el sector público, como los comprometidos con el área de la salud, frente a otros donde prima una actitud más instrumental (construcción). De esta forma, a mayor implicación personal, más información personal es útil y por ello existen más posibilidades de verse acosado. Es más fácil que un albañil pueda defenderse de que es un mal trabajador de lo que lo puede hacer una enfermera o educador. (Báguena et al, 2006)

En el estudio de Báguena et al (2006), sus resultados concluyen que el tipo de empresa por si mismo no es un factor de vulnerabilidad al *mobbing*. O, dicho de otro modo, el trabajador puede ser objeto de victimización por *mobbing* a lo largo de la vida laboral con independencia de que trabaje en el sector público o en el privado. Tampoco el tipo de empresa parece desempeñar ningún papel cuando se consideran las categorías de actividades de *mobbing* a las que el trabajador puede verse expuesto. Sin embargo, un panorama distinto emerge cuando cruzamos el tipo de empresa con la edad del trabajador.

En el trabajo realizado por Carrión (2007) en la tesis doctoral destacamos que sobre un total de 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, los siguientes datos (Figura 22. Sector laboral donde se produjeron los factores nocivos en su ambiente laboral):

- 36.8 % pertenecen al sector servicios
- 23.7 % a la Administración Pública
- 13.6 % sector Sanidad/farmacia
- 10.5 % sector industria
- 5.3 % cuerpos de seguridad
- 2.6 % construcción, alimentación y comercio

En nuestro estudio el sector laboral donde se produjo las conductas hostiles sistemáticas es variado, así sobre los datos recogidos de 93 socios destaca:

- Los sectores con más número de acosos y que representan más del 50 % (54.8%) son el comercial (servicios), la administración, la educación, la metalurgia, la industria y la sanidad.

- Si agrupamos bajo una misma categorización los casos de acoso psicológico laboral de los sectores administración (se incluyen cuerpos de seguridad), sanidad y educación, donde los trabajadores realizan su actividad laboral como funcionarios, interinos, personal laboral, eventuales, etc., dentro de la administración pública de Cataluña (Generalitat de Cataluña, Administración local, diputación) representan 27 personas, el 28.4% del total.

- El sector comercial agrupado (comercio, hostelería, alimentación, limpieza, perfumería, artesanía) en su conjunto también agrupa a 25 personas, otro 23.1%.

- El sector industrial que incluye la metalurgia, química y otras industrias, agrupa a 25 personas el 23.1%

Los resultados de ambos estudios concuerdan con la literatura internacional que han observado que el *acoso psicológico laboral* es más frecuente en:

- Trabajadores de las administraciones públicas.
- Trabajos relacionados con la educación.
- Trabajos de la salud, sobre todo en los profesionales de enfermería.
- Trabajadores de medios de transporte y comunicaciones.
- Trabajadores del comercio.

Nivel que detectan los ocupados por factores de riesgo psicológicos percibidos en su puesto de trabajo

La política comunitaria de salud y seguridad en el trabajo debe tener como objetivo la mejora continua del bienestar en el trabajo, un concepto que integra dimensiones físicas, morales y sociales. La creciente incidencia de los trastornos y las enfermedades psicosociales plantea constantes retos para la salud y la seguridad en el trabajo y compromete la mejora del bienestar laboral. El estrés, el APT, la depresión, la ansiedad, los riesgos asociados a la dependencia del alcohol, las drogas o los medicamentos deberían ser objeto de medidas específicas, enmarcadas en un planteamiento global que asocie a los sistemas sanitarios. Por tanto debería haber una acción se basará en la integración de estos riesgos en el acervo que constituyen las directivas adoptadas en virtud del artículo 13 del Tratado de la Unión Europea (COM, 2002)

Para este estudio los factores de riesgo psicosociales se agrupan en el concepto genérico de violencia en el trabajo acuñado por la OIT en una reunión de expertos para elaborar recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo del 2003: *"toda acción, incidente o comportamiento que se aleje de lo que es razonable, mediante el cual la persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de esta». Por tanto, ser objeto de cualquier tipo de conducta violenta en el entorno laboral, ya se trate de conductas puntuales o de conductas reiteradas en el tiempo, constituyen un riesgo para la salud".* Este concepto de violencia ya fue expresado en el informe de la OIT de Chappell y Di Martino (1988), donde se citaba *bullying* para describir las intimidaciones y vejaciones relacionadas con el lugar de trabajo. El citado informe describe que *«la noción de violencia en el trabajo está evolucionando en el sentido de que ya se le concede tanta importancia a los comportamientos psicológicos como a los comportamientos físicos y que se reconoce plenamente el alcance de los actos de violencia menor».*

La LPRL (B.O.E. 10-11-1995) define el concepto de riesgo laboral como *"la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo"*. Desde la prevención de riesgos laborales, la importancia de los factores psicosociales en la salud laboral de los trabajadores ha sido reconocida de antiguo (OIT, 1984), aunque su relevancia ha ido creciendo alcanzando mayor reconocimiento. En este sentido, el acoso laboral o mobbing puede ser considerado un riesgo laboral de origen psicosocial, puesto que causa daños más o menos severos en la salud de los trabajadores que lo sufren. El acoso psicológico en el trabajo es concebido como un proceso que, en primer lugar, alude a la violencia psíquica, directa e indirecta, que se puede ejercer sobre alguien; en segundo lugar, se refiere a un tipo de conducta que se ejerce de forma continuada en el tiempo; y, en tercer lugar, describe conductas de marginación, discriminación y vejación que pueden ser abiertas, dirigidas a la totalidad de la persona y a su hundimiento humano como persona (Moreno et al, 2004). Las diversas formas de acoso psicológico y violencia en el trabajo representan actualmente un problema

particularmente peliagudo, que justifica una acción de carácter legislativo. La resolución del Parlamento Europeo sobre acoso psicológico (2001/2339/INI) se pronunció en este sentido al señalar la existencia de un vínculo claro entre la aparición de los riesgos psicosociales y un trabajo con un alto grado de competitividad, menor estabilidad en el empleo y una situación laboral precaria (Moreno et al, 2004). En la misma línea, la NTP 476 (INSHT, 1998) señala que el APT se encuentra básicamente ligado a dos aspectos: la organización del trabajo y la gestión del conflicto por parte de superiores (Moreno et al, 2004).

Por tanto distintos factores psicosociales relacionados tanto con la organización (Moreno et al, 2005) como con la actividad laboral del trabajador pueden servir de antecedentes para la aparición de este fenómeno de violencia. Pueden ser consideradas causas o fuentes del *mobbing* el abuso de poder, el liderazgo inadecuado, la cronificación de los conflictos, la incomunicación y la no fluidez en las relaciones interpersonales, que conducen al aumento de comportamientos perjudiciales para la organización (Boada et al, 2005) y, por tanto, identificar estas fuentes ayudaría a la intervención de cara a la reducción de su incidencia (Messeguer et al, 2007)

En la investigación sobre el *mobbing* se viene insistiendo en la importancia de abordar la necesidad de incorporar su estudio y evaluación en el área de la prevención de riesgos laborales (Vartia, 1996; Einarsen, 1999, 2000; Hoel et al 1999) y profundizar en el estudio de las relaciones entre los distintos elementos organizativos y el *mobbing* (Einarsen, 1999; Hoel et al, 1999; Liefvooghe y McKenzie Davie, 2001; Vartia, 2001). Existe cierto acuerdo en la investigación en señalar que el *mobbing* no es un constructo único, sino que es un «paraguas» que recoge diferentes formas de violencia. Los distintos análisis factoriales que se han realizado, tanto del LIPT (Leymann, 1990) como del NAQ (Einarsen y Raknes, 1997; Einarsen y Hoel, 2001) han mostrado factores que clasifican las distintas conductas hostiles (Vartia, 1991, 2001; Niedl, 1995; Einarsen y Raknes, 1995; Zapf et al, 1996; Zapf, 1999; Hoel y Cooper, 2000; OIT, 2001).

Según Messeguer et al (2007) los resultados nos indican algunos factores psicosociales que pueden servir de predictores del *mobbing*; así se muestran Definición de Rol, Carga Mental, Interés por el Trabajador, Supervisión/ Participación y contexto laboral, sobre dos de las formas de *mobbing*: Acoso Personal y Acoso centrado en el Rendimiento del Trabajo.

En la bibliografía encontramos cómo distintos estudios relacionan disfunciones de rol (*falta de definición, conflicto o ambigüedad de roles*) con el *mobbing* (Einarsen, et al, 1994; Leymann, 1996; Zapf et al, 1996; Niedl, 1996; Vartia, 1996; Vartia y Hyyti, 2002; Jennifer, et al, 2003; Dawn, et al 2003; Agervold y Mikkelsen, 2004; Messeguer et al, 2007). Así, no especificar con suficiente precisión lo que se espera de los trabajadores o cambiar continuamente de demandas laborales junto con la procedencia de las conductas intimidatorias desde los supervisores, posiblemente estén señalando un *mobbing* de naturaleza estructural, una «micropolítica» organizativa, que se materializa en el conflicto y en la ambigüedad de roles como una manera de ejercer las acciones hostiles.

La asociación de la *Carga Mental* con el *mobbing* puede explicarse por el modo en que las exigencias de las tareas, en su mayoría realizadas en cadena, y el control excesivo de los mandos sobre las mismas reflejan unas condiciones altamente estresantes. Esto es similar a lo que en numerosas investigaciones se ha relacionado con la presión del tiempo de trabajo para la ejecución de las tareas (Zapf et al, 1996; Hoel y Cooper, 1999 y 2000; McCarthy, 1996; Salin, 2003; y Rodríguez et al, 2006;) o con la sobrecarga continuada en el trabajo (Einarsen et al, 1994; Quine, 2001; Dawn et al, 2003; y Salin, 2003).

Las prácticas de supervisión aparecen reiteradamente como desencadenantes del *mobbing*: ciertos estilos de liderazgo (autoritarios o *laissez-faire*), la incompetencia directiva, la falta de habilidades para la dirección, aspectos como el diseño o la falta de control y autogestión de las propias tareas y los escasos recursos para utilizar refuerzos positivos de supervisión y motivación (Asforth, 1994; Einarsen et al, 1994; Leymann, 1996; Vartia, 1996; Zapf et al, 1996; Hoel y Cooper, 2000; Tepper, 2000; Vartia y Hyyti, 2002; O'Moore, et al 2003; Agervold y Mikkelsen, 2004) dan lugar a una supervisión inadecuada que genera un ambiente laboral regido por el miedo y el temor, y por una incapacidad para resolver los conflictos que se producen entre los trabajadores, o entre éstos y la dirección.

Respecto al factor psicosocial *Interés por el Trabajador*, indicadores como la inestabilidad laboral (Baron y Neuman, 1996) o la búsqueda de mejora del estatus del acosador son antecedentes del *mobbing* (Salin, 2003). En este caso, si lo máximo alcanzable, es el contrato fijo discontinuo no parece aumentar la protección laboral de los trabajadores contratados como eventuales. La falta «real» de poder alcanzar un empleo estable y de calidad puede generar un ambiente de tensión y frustración y una intención de abandono del empleo. Con relación al estatus, los distintos puestos de supervisión son ocupados por promoción interna. Para aquellos trabajadores que quisieran ascender, estas conductas intimidatorias estarían «bien vistas» por la organización, al ser consideradas como indicadores de personas «fuertes», capaces de dirigir personas con «mano de hierro». Esto apoyaría el *effect/danger* de Björkqvist et al (1994).

En concreto, en el contexto laboral, un ambiente altamente competitivo y estresante (O'Moore, et al, 1998; Salin, 2003; Matthiesen y Einarsen, 2007), la ausencia de una atmósfera de apoyo (Quine, 1999; Zapf et al, 1996) o un deficiente flujo de información (Vartia, 1996), se han mostrado como posibles antecedentes organizacionales de *mobbing* en empresas que operan en diferentes sectores económicos, tanto públicos como privados. Una estrategia de «micropolítica» organizativa (Salin, 2003; Messeguer et al 2007) para conseguir los objetivos de rendimiento que la organización establece la forma de ejercer el control y unos estilos de supervisión inadecuados constituyen los antecedentes psicosociales del *mobbing*. Sin duda, la inclusión de otros elementos de naturaleza organizativa (Moreno et al, 2005) como la cultura y el clima ayudaría a completar el mapa de riesgos organizativos que se deben considerar en investigaciones futuras. Por otra parte, los departamentos de recursos humanos y los servicios de prevención de riesgos laborales deberían insistir en estrategias preventivas con el fin de reducir la tensión en el trabajo, los riesgos laborales, el *mobbing*, así como el impacto de la cultura organizacional tradicional, aquella caracterizada por potenciar un insuficiente compromiso por parte del empleado con la organización y unos niveles de motivación bajos (Boada et al, 2005).

Es interesante la observación que se hace en el estudio de Báguena et al (2006) pues según estos autores llama la atención que casi ningún estudio parece haber explorado la relación existente entre los comportamientos de *mobbing* y su gravedad percibida. Entre las excepciones que el propio estudio apunta, (Rodríguez et al, 2010) llevaron a cabo un estudio obteniendo como resultado que para los expertos consultados, los aspectos emocionales (abuso emocional) fueron percibidos como más graves en comparación con los aspectos cognitivos (des crédito y denigración profesional), los conductuales (degradación del rol laboral) y los del contexto (aislamiento, control y manipulación de la información y control-abuso sobre las condiciones laborales)

En el contexto de la elaboración de una guía para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial se realizó en Cataluña un estudio

entre profesionales sanitarios de los servicios públicos, sobre promoción y prevención de la SM en el ámbito socio-laboral en el que se identificó la resistencia y falta de conciencia preventiva empresarial como una de las dificultades más importantes para el abordaje de estos casos (Cortès et al, 2010). Así, se sabe que un 85% de las empresas viola la LPRL (Sauquillo, 2010). Sólo el 16% de las empresas españolas tiene algún protocolo para tratar la intimidación y el acoso. Los riesgos de acoso moral o sexual se ignoran en la mayoría de los convenios (Ribé et al, 2011).

Alrededor del 6% de los trabajadores españoles sufre algún tipo de violencia laboral, y el 28% padece habitualmente conductas violentas de baja intensidad, según la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (Almodóvar et al, 2004). A pesar de dichas indicaciones los riesgos psicosociales y la prevención de los mismos siguen sin evaluarse de forma seria y profunda. Aunque en los últimos años sí se ha avanzado en la evaluación y la prevención de los accidentes laborales todavía falta mucho para que se evalúen correctamente los psicosociales. Uno de los motivos es que siguen siendo poco "visibles" (Ribé et al, 2011).

Se piensa que todas las empresas habrían de tener su propio protocolo dirigido a todos los empleados, a la propia actuación profesional, a las condiciones de trabajo, a las relaciones interpersonales y a la influencia de los factores ambientales. Para dicha función es necesario que se sensibilice desde las diferentes instituciones a la población en general y a todos los profesionales implicados (salud, jurídico, sindicatos, recursos humanos, recursos sociales...). Es importante remarcar la necesidad de impulsar, ahora más que nunca, el papel de los servicios de prevención de riesgos laborales para que realmente estén integrados dentro de las estrategias y de gestión de las empresas y de las organizaciones. Es también necesario mejorar la formación de los profesionales de la salud laboral con el fin de atender adecuadamente los retos que la crisis supone para la salud de los trabajadores y de las trabajadoras (Ribé et al, 2011).

La Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo Entorno, organización y realización del trabajo, que realiza en Ministerio de Trabajo e Inmigración (Anexo 30), detecta el Nivel medio de los ocupados por factores de riesgo psicológicos percibidos en su puesto de trabajo, período y grupo de edad. Del resultado de estas tablas elaboradas por el INE cabe destacar que el acoso moral (mobbing):

- Es el tercer riesgo psicosocial más detectado por los trabajadores (en % idénticos en hombres y mujeres)
- Las franjas de edad que detectan más acoso moral son las de 30 a 44 años, y la de 45 a 54.
- Mientras en el acoso moral (mobbing) se ha producido un incremento de 0.2 puntos entre el año 2006-2009, el estrés ha permanecido estable.

Por otra parte, y en relación al *burnout*, las víctimas de *mobbing* presentan alteraciones significativas en dos de las tres escalas del *burnout* (cansancio emocional y despersonalización), de hecho, un 4.6% de los trabajadores presentan conjuntamente una situación de *mobbing* y *burnout* (Piñuel, 2001, 2004). En el estudio de Baguena et al (2006), los resultados de los riesgos psicosociales parecen sugerir que el *burnout/mobbing* se relaciona con el tipo de empresa, de forma que existe un riesgo ligeramente mayor de estar próximo a quemarse o haberse quemado en el trabajo en el sector privado frente al público.

Esta relación entre *burnout* y tipo de empresa, es coherente con la sobrecarga laboral que de modo significativo experimentan más los trabajadores en la empresa

privada y con la mayor percepción que tienen de ejercer control (y por tanto tener mayor responsabilidad) sobre su trabajo, aunque en este último caso se trata más de una tendencia significativa entre los dos ámbitos laborales. En términos generales son los trabajadores de la empresa pública los que tienen una percepción más positiva de su ambiente laboral. Sin embargo, parece que la edad en conjunción con el tipo de empresa da lugar a un tipo de resultado difícil de explicar, pues a pesar de que en el sector privado los trabajadores más jóvenes se encuentran más expuestos a las actividades de *mobbing*, sin embargo poseen una percepción más positiva del clima laboral, ocurriendo a la inversa en el sector público.

Finalmente, se ha destacado que una mujer se suicidó y dos de las tres personas que realizaron intentos autolíticos, eran mujeres. En conclusión podemos afirmar que el daño psíquico es menor en la mujer pues acude antes a solicitar ayuda y padece menos años de conductas hostiles sistemáticas.

Patrón diagnóstico

En sus trabajos pioneros, Leymann (1986; 1990; 1996) observó un riesgo frecuente de error diagnóstico entre los afectados por *mobbing* que se ha convertido en una constatación recurrente entre los especialistas. Hirigoyen (2001); Mikkelsen y Einarsen (2002b), y Piñuel (2001), entre otros, han aludido al error de atribución que se produce en el entorno clínico, concretamente la confusión entre la hipervigilancia reactiva al acoso y la paranoia; error que transforma la primera en la segunda por una falta de competencia clínica, por una incorrecta evaluación de los casos o por ambas cosas a la vez. El afectado se ve en estas situaciones doblemente victimizado y estigmatizado: por la empresa y por los servicios de salud, con la posibilidad de que se produzca un fenómeno devastador de exclusión y un alto riesgo de suicidio. Ahora bien, ¿A qué se debe este error de diagnóstico que, sin duda, requiere de una aclaración y análisis?

En relación a la posibilidad de que individuos aparentemente paranoides podrían ser víctimas de *mobbing* en el trabajo, no debe subestimarse el estrés psicológico grave que padece una víctima al ser hostigada sistemáticamente ya que pueden desarrollarse trastornos de depresión mayor, trastorno por estrés posttraumático y/o trastornos de adaptación. Estos trastornos se han de tratar de acuerdo con los síntomas, y alentar a los pacientes a retirar energía del lugar de trabajo e invertirla en la familia, en la búsqueda de empleo u otras actividades. Las diversas formas de psicoterror laboral pueden provocar en las víctimas una angustia tan fuerte que es difícil averiguar lo que está sucediendo en su entorno laboral, y este hecho podría interpretarse como que la víctima posee una personalidad con tendencia a rasgos psicóticos, maniaco o esquizoide. En cambio otros comportamientos o actitudes laborales pueden ser sumamente estresantes, pero no tienen el potencial "paranoidogénico" del *mobbing* (Girardi et al, 2007).

No debe descartarse por tanto que el APT pueda producir o desencadenar TMG, entre ellos el trastorno delirante (la anteriormente denominada paranoia), el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno bipolar (antes psicosis maniaco-depresiva). También el APT puede conformarse como tema central de una ideación delirante, por lo que estaríamos ante un caso de falso *mobbing*. Incluso puede coexistir la existencia de un trastorno mental o de la personalidad y APT debido a la consustancial estigmatización de los problemas de salud mental. Estas posibilidades no son puestas en duda en la literatura sobre el *mobbing* ni deben ser descartadas. No obstante, hay evidencia robusta de que estos fenómenos son poco prevalentes y de que generalmente el uso de nosologías como trastorno delirante de tipo paranoide y el trastorno paranoide de la personalidad responde a un error clínico de atribución que redundaría en el sufrimiento de los afectados. Éstos son los diagnósticos erróneos habituales según Leymann (Martinez y Medeiros, 2012).

Si bien el hostigamiento psicológico sistemático laboral no es una enfermedad, sino un comportamiento lesivo, sus efectos en la salud de los trabajadores son evidentes y en algunos casos han dado pie a confusiones diagnósticas que son objeto de esta discusión. Los síntomas y malestares más frecuentes suelen estar vinculados al estrés manifestado y a menudo articulado en el ciclo oscilatorio alerta-depresión-defensividad (Hirigoyen, Leymann y Piñuel) (Martinez y Medeiros, 2012), como el dolor de espalda y articular, los diversos síntomas psicosomáticos, el trastorno del sueño, la falta de concentración y atención, las alteraciones de la memoria, la ansiedad y la depresión reactivas, la fatiga crónica, la hipervigilancia reactiva, la irritabilidad y el aislamiento social, entre otros muchos (Elovainio et al, 2002, Hemingway y Marmot, 1999; Koskenvuo et al, 1988; Kivimäki et al, 2000; Voss et al 2001; Vartia, 2001; Amick et al, 1998 y Weinberg y Creed, 2000)

Estos síntomas son altamente inespecíficos y pueden formar parte de cualquier cuadro psicológico/psiquiátrico sin por ello suponer su categorización como trastorno. En su conjunto, y si la intensidad de la sintomatología altera el funcionamiento cotidiano del afectado, se pueden identificar como manifestaciones del llamado "trastorno de estrés por coacción continuada" (*prolonged duress stress disorder* - PDSO), el cual adopta los mismos síntomas que el TEPT (Scott y Stradling, 1994; Gilioli et al, 2006; Hansen et al 2006, Kreiner et al, 2008; Bonafons et al, 2009). Entre estos problemas psiquiátricos, muchos trabajadores acosados en su lugar de trabajo presentan sintomatología de carácter postraumático, como es la reexperimentación de la situación de acoso, sintomatología ansioso-depresiva, somatizaciones, irritabilidad, apatía, déficit de atención, falta de autoestima, fobia social, problemas de sueño, pesadillas y desconfianza hacia el entorno, indicadores todos ellos que sugieren una sintomatología propia del TEPT (Leymann, 1992; Nield, 1996; Vartia, 1996; Einarsen y Raknes, 1997; Mikkelsen y Einarsen, 2002), aunque no se cumplan todos los criterios diagnósticos de esta última nosología (especialmente no se cumple el criterio A1 del DSM-IV-TR). Nielsen et al (2008) estudiaron la relación entre acoso psicológico y estrés postraumático. Encontraron una relación significativa entre ambos conceptos, y además que el sentido de la coherencia moderaba dicha asociación. En concreto, las personas con niveles altos de sentido de la coherencia presentaban más sintomatología postraumática en situaciones de acoso que los controles.

Por otro lado, algunas estimaciones afirman que el *mobbing* aparece estrechamente relacionado con otras enfermedades (dolencias coronarias, cáncer, hipertensión, trastornos digestivos, etc.), con comportamientos de riesgo (adicciones, accidentalidad viaria y laboral) y con el suicidio (Pompili et al, 2008; Kivimäki et al, 2003; Lindeberg et al, 2008; Niedhammer et al, 2006).

Leymann (1996) se opuso enérgicamente a la idea de que la personalidad de un individuo predisponga a convertirse en objeto de comportamientos de acoso. El comportamiento neurótico y a menudo obsesivo de muchas víctimas debería ser entendido como una respuesta natural a una situación anormal, y los cambios en la personalidad de las víctimas como una consecuencia de haber estado expuestas a la experiencia traumática del *mobbing* (Leymann y Gustafsson, 1996). Afirmando que la ansiedad y la baja autoestima son características de personalidad típicas de muchas víctimas de acoso es probablemente indiscutible. La controversia radica en si estas características deben ser consideradas causas del *mobbing* o si por el contrario son resultado del proceso de acoso (Hoel et al, 2001; O'Moore et al, 1998). El debate acerca de los rasgos de personalidad como antecedentes del acoso psicológico seguramente continuará hasta que se lleve a cabo un estudio longitudinal sobre esta cuestión (Coyne et al, 2000).

El estudio de Mikkelsen y Einarsen (2002a) realizado entre 72 víctimas de acoso y un grupo similar de 72 personas que no habían sido expuestas al acoso encontró, mediante análisis de cluster, dos grupos de víctimas. El primero estaba compuesto por el 64% (n=46) de la muestra de víctimas, que no presentaba diferencias con el grupo control. El segundo cluster comprendía al 36% (n=26) de las víctimas, que eran menos extrovertidos, simpáticos, y concienzudos, que las víctimas del primer grupo y del grupo control. Del mismo modo, los sujetos del segundo grupo puntuaron más bajo en estabilidad emocional y en apertura a la experiencia, lo que nos indica que estas víctimas eran más neuróticas, y menos flexibles mentalmente y creativos. Por lo tanto, la mayoría de las víctimas mostraba bastante semejanza con el grupo de no-víctimas en cuanto a personalidad.

De forma similar, otro estudio realizado por Matthiesen y Einarsen (2001) entre 85 personas que habían sido o eran víctimas de acoso, utilizando el MMPI-2, reveló

puntuaciones elevadas en el perfil de personalidad, indicando una amplia gama de trastornos en términos de personalidad y problemas psiquiátricos. De nuevo, la investigación indicó que las víctimas podían ser divididas en distintos subgrupos con diferentes personalidades; el grupo "seriamente afectado", "el decepcionado y deprimido", y "el grupo común". El último grupo no presentó ningún perfil específico de personalidad, cuestionando de esta forma la existencia de un perfil general de personalidad entre las víctimas.

Finalmente, los resultados del estudio de Zapf (1999) encontraron grupos heterogéneos de víctimas, con un grupo caracterizado por escasas competencias sociales, malas habilidades en el manejo del conflicto, y con personalidades poco asertivas y neuróticas, mientras que los componentes del otro grupo estaban caracterizados por ser más meticulosos y orientados al logro que sus compañeros. En cuanto al último grupo, una explicación podría ser que su comportamiento está en conflicto con las normas del resto del grupo, caracterizado por la rigidez y la baja tolerancia hacia la diversidad. Las víctimas pueden ser vistas como molestas o incluso como amenazas al propio grupo, por lo que los comportamientos agresivos contra estos individuos pueden ocurrir en un intento de que se adhieran a la norma o incluso para deshacerse de ellos Zapf y Einarsen (2005). Los conflictos duraderos no resueltos pueden intensificarse y derivar en acoso si en la organización no se implementan estrategias eficaces de manejo de conflictos e intervención (Einarsen, 2000).

En relación al diagnóstico nuestro estudio planteó su análisis siguiendo la correspondencia entre los estadios clínicos y fases organizativas en el desarrollo del acoso psicológico modificada (González de Rivera y López García-Silva, 2003) De Rivera (2011).

1. Los diagnósticos de los profesionales sanitarios que visitaron a las víctimas de hostigamiento psicológico laboral agrupados en diagnósticos y secciones del CIE-10 (WHO, 1992) en valores absolutos y relativos.

Estos profesionales categorizaron a estas personas con un total de 887 diagnósticos, que equivalían a 17.7 diagnósticos por cada paciente, distribuidos en 238 (26.8%) por los MAP, 605 (68.2%) por los psiquiatras y 44 (5%) por los psiquiatras de urgencias. Estos profesionales sanitarios emplearon 30 entidades diagnósticas (ED), 11 de la sección trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40 a F48), 11 también de la sección trastornos del humor (afectivos) (F-30 a F-39), 3 de la sección de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F-60 a F-69), 2 de la sección de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, 1 del epígrafe fatiga crónica 1 de intento de autolisis y, finalmente 1 insomnio inorgánico).

Aunque el nº total de ED empleadas fue de 56, distribuidas en 18 MAP, 25 psiquiatras y, 13 psiquiatras de URG, algunas ED se repitieron entre los diversos profesionales, de ahí que se contabilizasen las 30. Las 4 ED informadas por los MAP que no fueron usadas nunca por los psiquiatras fueron: F-41.9 Trastorno de ansiedad no especificado, F-41.8 Otros Trastornos de ansiedad especificado, F-43.0 Reacción de estrés agudo e F-51.0 Insomnio no orgánico. Los psiquiatras de urgencias sólo usaron 1 ED que los otros profesionales no usaron por razones obvias, 959.9 Intento por autolisis. Los psiquiatras de URG coincidieron en la utilización de 10 diagnósticos con los psiquiatras, y en 9 con los MAP. La coincidencia con los MAP residió en el mayor uso de códigos de la sección F-40-48 trastornos neuróticos y concretamente han coincidido con los MAP pero no con los psiquiatras en el uso de códigos inespecíficos: F-41.9 Trastorno de ansiedad no especificado, F-41.8 Otros Trastornos de ansiedad especificado. En contraposición han coincidido con los psiquiatras códigos de más especificación y resaltando el

nivel de gravedad: F43.21: trastorno adaptativo. Reacción depresiva prolongada, F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad y por último el TEPT.

Los trastornos neuróticos (F40 a F48) alcanzan más del 50% de todos los diagnósticos (52.8%). Los trastornos del humor (F-30 a F-39) se convierten en la segunda sección más diagnosticada (40.5%). Ambos grupos de diagnósticos alcanzan el 93.3%. Los psiquiatras categorizaron el 68.2% de todas las ED, mientras los MAP diagnosticaron el 26.8% y los psiquiatras de urgencias el 5%. Los MAP diagnosticaban los trastornos neuróticos en un % alto sobre el total 38.8%, frente al 54.1% de los psiquiatras. En cambio, por lo que respecta a los trastornos del humor la categorización de los MAP bajaba al 15.3%, incrementándose la de los psiquiatras, hasta alcanzar el 82.7% del total de diagnósticos. Los trastornos neuróticos representaban un 76.5% de la categorización de los MAP, para los psiquiatras un 41.8%. En cambio, los trastornos del humor para los MAP un 23.1 % (no llegan al 25%) frente al 49% que alcanzaban los psiquiatras (casi el 50% de las personas atendidas).

El primer diagnóstico que utilizaron por los 3 profesionales ha sido el F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión con un total de 162 diagnósticos (18.3%), seguidos del F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y F43.1 Trastorno de estrés Postraumático (TEPT), ambos con 68 diagnósticos y el 7.7%. Hay que destacar en cuarto lugar el F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada con 59 diagnósticos y el 6.6%

Los MAP categorizaron a las víctimas de APT en el estadio 1 con 83 diagnósticos, el estadio 2 con 118, el estadio 3 con 1, el estadio 4 con 11 y el estadio 5 con 25. Los psiquiatras han categorizado a las víctimas de APT en el estadio 1 con 102 diagnósticos, el estadio 2 con 142, el estadio 3 con 134, el estadio 4 con 74 y el estadio 5 con 153. Los psiquiatras de urgencias han categorizado a las víctimas de APT en el estadio 1 con 17 diagnósticos, el estadio 2 con 20, el estadio 3 con 1, el estadio 4 con 2 y el estadio 5 con 4.

2. Diagnósticos de los MAP en valores absolutos y relativos

A las víctimas de APT los MAP les categorizaron con un total de 238 diagnósticos, en las diferentes visitas realizadas a sus consultas, que equivalían a 4.7 diagnósticos por cada paciente. Los MAP emplearon 18 entidades diagnósticas (ED) diferentes (9 de la sección trastornos neuróticos, (F40 a F48), 8 de la sección trastornos del humor (F-30 a F-39), y, finalmente 1 de Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Insomnio no orgánico. Los trastornos neuróticos, (F40 a F49) alcanzaron un 76.5% de todos los diagnósticos. En cambio los trastornos del humor (F-30 a F-39) no llegaron al 25 % (23.1%). 3 de cada 4 víctimas de acoso laboral fueron diagnosticados de trastornos de ansiedad y $\frac{1}{4}$ de depresión. Las entidades diagnóstica incluida en los informes de los MAP más representativas han sido la *F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión* con 79 veces (33.2 %). En segundo lugar aparece la *F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado*, en 38 ocasiones (16%), En tercer lugar aparece el *F41.0 Trastorno de pánico sin agorafobia* en 34 ocasiones (14.3%).

3. Diagnósticos de los PSIQUIATRAS en valores absolutos y relativos

A las víctimas de APT los Psiquiatras les categorizaron con un total de 605 diagnósticos, en las diferentes visitas realizadas a sus consultas, que equivalía a 12.1 diagnósticos por cada paciente. Los psiquiatras han empleado 25 entidades

diagnósticas (ED) diferentes para categorizar a los pacientes del estudio (11 de la sección trastornos del humor (F-30 a F-39), 8 de la sección trastornos neuróticos (F40 a F48), 3 de la sección de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F-60 a F-69), 2 de la sección de Esquizofrenia, 1 del epígrafe fatiga crónica. Los trastornos del humor (F-30 a F-39) alcanzaban casi el 50% de todos los diagnósticos (49%). Los trastornos neuróticos, (F40 a F49) se convirtieron en la segunda sección más diagnosticada 41.8%. Los psiquiatras diagnosticaron por igual la ansiedad y la depresión a las víctimas de APT.

En los trastornos del humor la categorización de los psiquiatras, alcanzan el 82.7% del total de diagnósticos frente al 54.1% de los trastornos neuróticos. Las entidades diagnósticas más representativas han sido la *F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión* con 68 veces (11.2 %). En segundo lugar aparece la *F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*, con 67 ocasiones (11.1 %) incluida en los informes de los MAP, En tercer lugar aparece el *F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)* con 67 ocasiones (11.1 %) incluida en los informes de los MAP). El trastorno más diagnosticado por los Psiquiatras vuelve a ser el mismo que el de los MAP el Trastorno de adaptación, aunque su presentación desciende al 11.2% de los casos.

Tras la derivación a los psiquiatras se produjo un proceso de reasignación de entidades o diagnósticos por parte de estos. Se entiende por nueva asignación según este estudio, codificar con un nuevo código de otra sección de la Clasificación CIE-10 (WHO, 1992). La nueva asignación se realizó en 27 pacientes, el 54% del total de la muestra. Por sexos la reasignación se efectuó a 14 mujeres (45.2%) y 13 hombres (68.4%). La reasignación entre los trastornos fue bastante equitativa, en 23 casos se intercambiaron de trastorno neurótico a trastorno del humor o viceversa. 12 casos (44.4%) a trastornos neuróticos (a TEPT en todos los casos), 11 casos (40.7%) a trastorno del humor (a TDM en todos los casos). En 2 casos (7.4%) a esquizofrenia desde trastorno del humor y trastorno neurótico, y finalmente otros 2 casos (7.4%) que pasaron a trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto desde trastorno neurótico. Por lo que respecta a las mujeres se reasignaron 7 casos, el 57.1% pasando a trastornos neuróticos (7 a TEPT), 5 casos, 35.7% a trastorno del humor (5 a TDM grave), 1 caso, 7.1% a esquizofrenia y el otro caso 7.1% a trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto desde trastorno del humor ambos. En referencia a los hombres se reasignaron 6 casos pasando a trastorno del humor (46.2%, los 6 a TDM), 5 casos a trastorno neurótico (38.4%, 5 a TEPT), 1 caso (7.7%) de trastorno neurótico a esquizofrenia, y por último otro caso (7.7%) de trastorno del humor pasa a codificarse como trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.

4. Diagnósticos de los Psiquiatras de Urgencias en valores absolutos y relativos

20 víctimas de APT (12 mujeres y 8 hombres) han acudido a Urgencias. Un 40 % de las personas (30.7% mujeres y 42.1% de los hombres) han estado expuestas a un proceso de desequilibrio emocional que no han podido gestionar adecuadamente. El 100 % del servicio de urgencias visitado ha sido PSIQUIATRIA. Estos pacientes han visitado las urgencias en 44 ocasiones (media de 2,2 veces). Una persona ha acudido 4 veces en un período de 1 año. Los Psiquiatras de Urgencias les han categorizado con un total de 44 diagnósticos, que equivalen a 2.2 diagnóstico por cada visita de urgencias. Los psiquiatras de urgencias han empleado 13 entidades diagnósticas (ED) diferentes para categorizar a los pacientes del estudio (7 de la sección trastornos neuróticos, (F40 a F48), 4 de la sección trastornos del humor (F-30 a F-39), 1 de la sección de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F-60 a F-69), 1 del epígrafe intento de autolisis 959.9.

Los trastornos neuróticos, (F40 a F49) alcanzan un 75 % de todos los diagnósticos. 3 de cada 4 víctimas de acoso laboral son diagnosticados de trastornos de ansiedad o pánico. En cambio los trastornos del humor (F-30 a F-39) no llegan al 25 % (15,9 %), cuando de acuerdo con la literatura internacional la depresión tiene un riesgo elevado de intentos de suicidio. Los intentos autolíticos al igual que los trastornos de personalidad alcanzan el 4.5 %. 2 personas que acudieron a urgencias han consumado un intento autolítico. Los diagnosticados más categorizados han sido F43.2X trastornos de adaptación con 17 veces (38.6%) y F41.X otros trastornos de ansiedad con 14 casos (31.8%). Las ED más representativas han sido la *F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión* con 15 veces (34.1 %). En segundo lugar aparece el *F41.0 Trastorno de pánico sin agorafobia* con 7 ocasiones (15.9 %) incluida en los informes de los psiquiatras de urgencias. En tercer lugar aparece el la *F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado*, con 5 ocasiones (11.4 %) incluida en los informes de los psiquiatras de urgencias. El trastorno más diagnosticado por los psiquiatras de urgencias es el Trastorno de adaptación. Lo presenta el 34,1% de los casos. En relación a los diagnósticos individuales categorizados se ha de destacar.

Diagnósticos agrupados por secciones

Si analizamos los diagnósticos individuales por secciones del CIE-10 (WHO; 1992) se observa que 27 personas (54% de la muestra) se han categorizado dentro de la sección trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. En los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos son mayoritarios en las mujeres en valores absolutos 18 vs 9 y en relativos (58.1% vs 47.4%). 13 personas (26% de la muestra) se han categorizado dentro de la sección Trastornos del humor (afectivos). En los trastornos del humor (afectivos) en valores absolutos sigue siendo mayor en la mujer (8 vs 5) aunque menor en las mujeres (25.8 vs 26.3%). 10 personas (20% de la muestra) han sido categorizadas de TTP por los psiquiatras, teniendo como diagnóstico previo TEPT. En estos trastornos son algo mayor en las mujeres (16.1% vs 15.8%) aunque existe el mismo número en ambos sexos. De estas personas 8 han sido categorizadas en la sección trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (16% muestra), 5 mujeres (16.1% de la muestra femenina) y 3 hombres (15.8% de la masculina). En cambio no existe ninguna mujer del estudio pero sí 2 hombres en la sección esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, psicosis (0% vs 10.5%).

Se puede afirmar que en las personas afectadas de mobbing la mujer es más neurótica y el hombre más depresivo. La afectación crónica causada por el APT varía según la sección del CIE-10 (WHO, 1992). Las mujeres presentan un trastorno permanente de la personalidad mayor, mientras que en los hombres es mayor la sección esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, psicosis. La mujer afectada de mobbing destaca por trastornos de la personalidad de tipo paranoide, ansioso (con conducta de evitación), de resignación o de inestabilidad emocional de tipo límite. El hombre afectado de acoso presenta más trastornos de tipo depresivo, esquizoide (psicótico), anancástico (obsesivo-compulsivo) e impulsivo (hostil).

Diagnósticos de los trastornos

12 personas han sido diagnosticadas de TEPT (24% de la muestra. 7 mujeres (22.6% de la población femenina del estudio) y 5 hombres que representan el 26.3%). 10 personas (18% de la muestra) están afectadas de TTP. 5 mujeres (16.1% de la muestra femenina) y 5 hombres (26.3% de la masculina). Estas personas corresponden con los 10 trabajadores/as en situación laboral de IP

absoluta y todas han padecido previamente de TEPT. En conclusión, en nuestro estudio 22 personas han padecido TEPT (44% de la muestra). 12 mujeres (30.8% de la muestra femenina) y 10 hombres (52.6% de la muestra masculina). Del resto de diagnósticos 10 personas han sido diagnosticadas de TDM (20% de la muestra). 5 mujeres (16.1%) y 5 hombres (26.3%). 7 personas han sido diagnosticadas de Trastorno adaptativo (14% de la muestra). 5 mujeres (16.1%) y 2 hombres (10.5%). 4 personas han sido diagnosticadas de TAG (8% de la muestra). Todas las personas fueron mujeres (12.9% muestra femenina). 4 personas han sido diagnosticadas de Trastorno de Ansiedad (8% de la muestra). 2 mujeres y 2 hombres (6.5% de la población femenina y 10.5% de la masculina). 3 personas han sido diagnosticadas de Episodio Depresivo (6% de la muestra). Todas las personas fueron mujeres (9.7% de la muestra)

En cuanto al diagnóstico categorizado por los profesionales también existen diferencias. Las mujeres han sido menos afectadas de TEPT que los hombres (22.6% vs 26.3%). Por tanto, la transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (tras padecimiento de un TEPT) también es menor (30.8% vs 52.6%). El daño psíquico crónico (TTP) también ha sido menor (16.1% vs 26.3%). Están afectadas de menos comorbilidad con TDM (16.1% vs 26.3%). Presentan mayor sintomatología o trastornos de estadios iniciales (1 y 2) de la evolución del APT descrita por De Rivera (2011), posiblemente porque acuden antes a pedir ayuda. Presentan mayores % en Trastorno adaptativo (16.1% vs 10.5%), en TAG (12.9% vs 0%) y en ED (9.7% vs 0%) pues no hay ningún hombre diagnosticado de TAG ni de ED. En cuanto al trastorno de ansiedad es menor en la mujer (6.5% vs 10.5%)

En conclusión podemos afirmar que el daño psíquico es menor en la mujer pues acude antes a solicitar ayuda, padece menos años de conductas hostiles sistemáticas, duda menos de admitir que son víctimas, por tanto no aguantan tanto tiempo el sufrimiento, mientras que los hombres tienden a ver a las víctimas como débiles, poco competentes e inseguras y no se autoetiquetan de víctimas, sufriendo más años de acoso.

Resultados según los estadios

Los estadios 1 y 2 representan el 55.3% de los diagnósticos categorizados. Estos estadios representan una clínica descrita de trastornos de adaptación y ansiedad con gravedad variable (de estrés agudo a ansiedad generalizada). La suma de los estadios 3 (TEPT) 4 (TDM) y 5 (TMG crónico de deterioro tipo hostil-paranoide) con un 44.7% indican la gravedad de los TMG que padecen las víctimas de APT que han detectado los propios profesionales sanitarios. Estos datos sirven para objetivar la veracidad de la patología que presentan estos pacientes. Aunque no les ayude en su padecimiento, les podemos decir a las víctimas que de los datos se deduce que NO SIMULAN, que los propios profesionales detectan una GRAVEDAD PSÍQUICA en su estado.

Estos datos podrían corroborar la existencia de 13 personas del estudio en situación de IP laboral y 2 personas más que aún habiendo agotado los 18 meses de ILT y categorizadas ambas de sintomatología de TMG por los propios profesionales sanitarios que les atendían, se les denegó esa IP. Sin embargo, una de ellas en situación actual de desempleo, posteriormente se le admitió por sentencia judicial su APT y la otra se le consideró apta para el trabajo por su juventud y que para su proceso de rehabilitación era deseable y aconsejable volver a su trabajo. No obstante por lo que la propia víctima comenta su estado sigue un curso oscilante con períodos de bajas otorgadas por su MAP para poder resistir su situación y enfrentarse a sus acosadores/hostigadores.

Es decir, 15 personas del estudio presentan patología de TMG y representan el 30% de la muestra. Si el 44.7% de las categorizaciones de los profesionales sanitarios concuerdan con estadios descritos por De Rivera (2011), como altamente incapacitantes, por exclusión habría un 14.7% de sintomatología asignada a pacientes que estarían trabajando en situaciones de salud precarios, con elevados ratios de absentismo y presentismo. Podríamos considerar que en esta situación se encontrarían 7 personas del estudio.

Los MAP codifican de los estadios 1 y 2 el 42% de los mismos. Los psiquiatras alcanzan en ambos casos el 50%. Los MAP diagnostican casi el 50% de los pacientes en el estadio 2, frente al 35% del estadio 1. Ambos estadios juntos representan el 84.5%. Curiosamente el estadio 5 representa el 10.5% de sus diagnósticos. Los trastornos neuróticos (F40 a F49) alcanzan un 76.5% de todos los diagnósticos de los MAP. En cambio los trastornos del humor (F-30 a F-39) no llegan al 25 % (23.1%). 3 de cada 4 víctimas de acoso laboral son diagnosticados de trastornos de ansiedad y $\frac{1}{4}$ de depresión. Los MAP diagnostican los trastornos neuróticos en un % alto sobre el total 38.8%. En cambio, por lo que respecta a los trastornos del humor la categorización de los MAP baja al 15.3%. Los MAP focalizan su atención en los trastornos de adaptación y algunos de ansiedad

Las entidades diagnóstica más representativas de los MAP han sido la *F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión* con 79 veces (33.2%). En segundo lugar aparece la *F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado*, en 38 ocasiones (16%), En tercer lugar aparece el *F41.0 Trastorno de pánico sin agorafobia* en 34 ocasiones (14.3%). El Trastorno de adaptación incluido en el estadio 1 ha sido el más diagnosticado por los MAP. Las 4 ED informadas por los MAP que no fueron usadas nunca por los psiquiatras fueron: F-41.9 Trastorno de ansiedad no especificado, F-41.8 Otros Trastornos de ansiedad especificado, F-43.0 Reacción de estrés agudo e F-51.0 Insomnio no orgánico.

Este trastorno se caracteriza según la CIE 10 (WHO, 1992) por: estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez

excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada. Pautas para el diagnóstico:

a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.

b) Los antecedentes y la personalidad.

c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye: "Shock cultural". Reacciones de duelo. Hospitalismo en niños.

En conclusión, los MAP diagnostican con mayor claridad los trastornos de adaptación y algunos trastornos neuróticos (ansiedad) que los trastornos del humor (depresión). Tampoco detectan o no informan de comorbilidad.

La categorización de los estadios de los psiquiatras esta menos focalizada. Predominan los estadios 5, 2 y 3 con % superiores al 22% (25.3, 23.5 y 22.2, respectivamente). Sin embargo el estadio 1 esta representado en un % mayor que el 4 (16.8 vs 12.2). Los psiquiatras categorizaron el 68.2% de todas las ED, mientras los MAP diagnosticaron el 26.8% y los psiquiatras de urgencias el 5%. Los trastornos del humor (F-30 a F-39) alcanzan casi el 50% de todos los diagnósticos de los psiquiatras (49%). Los trastornos neuróticos (F40 a F49) se convierten en la segunda sección más diagnosticada con el 41.8%. Los psiquiatras diagnostican por igual la ansiedad y la depresión a las víctimas de APT. En los trastornos del humor la categorización de los psiquiatras, alcanzan el 82.7% del total de diagnósticos frente al 54.1% de los trastornos neuróticos. Las entidades diagnóstica más representativas de los psiquiatras ha sido la *F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión* con 68 veces (11.2 %). En segundo lugar aparece la *F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*, con 67 ocasiones (11.1 %) incluida en los informes de los MAP, En tercer lugar aparece el *F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)* con 67 ocasiones (11.1 %) incluida en los informes de los MAP). El trastorno más diagnosticado por los Psiquiatras vuelve a ser el mismo que el de los MAP el Trastorno de adaptación, aunque su presentación desciende al 11.2% de los casos.

En conclusión, los psiquiatras diagnostican por igual a las víctimas de APT de trastornos neuróticos y de trastornos del humor (detectan la alta comorbilidad de estos trastornos que recoge la literatura internacional para describir los TMG e incapacitantes que afectan a las víctimas de APT). La reasignación diagnóstica de los psiquiatras modificó los diagnósticos utilizados por los MAP en 27 personas (54% de la muestra), 14 mujeres (45.2%) y 13 hombres (68.4%). El 44.4% se reasignó a trastornos neuróticos (TEPT en 7 casos), el 40.7% a trastorno del humor (6 casos a EDM grave).

La categorización de los psiquiatras de URG se asemeja enormemente a la de los MAP. Así los estadios 2 (45.5%) y 1 (38.6%) representan el 84.1%. El estadio 5 también coincide en % con los MAP (9.1%)

20 víctimas de APT (12 mujeres y 8 hombres) han acudido a Urgencias. Un 40 % de las personas (30.7% mujeres y 42.1% de los hombres) han estado expuestas a un proceso de desequilibrio emocional que no han podido gestionar adecuadamente. El 100 % del servicio de urgencias visitado ha sido PSIQUIATRIA. Los Psiquiatras de Urgencias les han categorizado con un total de 44 diagnósticos, que equivalen a 2.2 diagnóstico por cada visita de urgencias. Los psiquiatras de urgencias han empleado 13 entidades diagnósticas (ED) diferentes para categorizar a los pacientes del estudio (7 de la sección trastornos neuróticos, (F40 a F48), 4 de la sección trastornos del humor (F-30 a F-39), 1 de la sección de trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F-60 a F-69), 1 del epígrafe intento de autolisis 959.9. Los trastornos neuróticos, (F40 a F49) alcanzan un 75 % de todos los diagnósticos. 3 de cada 4 víctimas de acoso laboral son diagnosticados de trastornos de ansiedad o pánico En cambio los trastornos del humor (F-30 a F-39)

no llegan al 25 % (15.9 %), cuando de acuerdo con la literatura internacional la depresión tiene un riesgo elevado de intentos de suicidio. Los intentos autolíticos al igual que los trastornos de personalidad alcanzan el 4.5 %. 2 personas que acudieron a urgencias han consumado un intento autolítico.

Los diagnosticadas más categorizados han sido F43.2X trastornos de adaptación con 17 veces (38.6%) y F41.X otros trastornos de ansiedad con 14 casos (31.8%). Las ED más representativas han sido la *F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión* con 15 veces (34.1 %). En segundo lugar aparece el *F41.0 Trastorno de pánico sin agorafobia* con 7 ocasiones (15.9 %) incluida en los informes de los psiquiatras de urgencias. En tercer lugar aparece el la *F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado*, con 5 ocasiones (11.4 %) incluida en los informes de los psiquiatras de urgencias. El trastorno más diagnosticado por los psiquiatras de urgencias es el Trastorno de adaptación. Lo presenta el 34.1% de los casos.

En conclusión, la sintomatología evolutiva descrita y que puede desembocar en una serie de trastornos que definen el sufrimiento que padecen las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el lugar de trabajo, tales como el TEPT, el TAG con sintomatología somática variada (descrita en estadio 2), el TDM, los episodios psicóticos, generalmente con síntomas paranoicos o las alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño, se ven claramente diagnosticada por los psiquiatras con un 67.4% del total de diagnósticos. Sin embargo los MAP informan de diagnósticos de las víctimas de APT con inconcreción, inespecificidad o poca especificidad, pues los trastornos adaptativos (F43.2X), los trastornos de ansiedad inespecífico (F41.9), los episodios depresivos inespecíficos (F32.9) y otros trastornos de ansiedad específicos (F41.8), como la ansiedad histérica, representan el 63.4 % de todos los diagnósticos (151 diagnósticos). Informan de clínica del estadio 1 y 2, pero luego no modifican esa orientación diagnóstica a pesar de que los pacientes les informan de la reasignación diagnóstica por parte de los psiquiatras y que pautan medicamentos con indicaciones autorizadas para esos diagnósticos.

Patrón diagnóstico de los MAP:

La primera cuestión que se plantea ante los resultados es ¿porqué los MAP detectan y diagnostican en sus consultas más ansiedad que depresión?

1. La Depresión es una de las causas de consultas más frecuentes en AP, pero no está o está poco detectada y por tanto esta infradiagnosticada.

Los resultados del estudio ESEMeD-España que evaluó la epidemiología de los trastornos mentales en población general española mostraban una prevalencia estimada de depresión del 10.55 % a lo largo de la vida y de un 3.96% anual (Haro et al, 2006) y estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro. Sin embargo, los estudios comparativos europeos sitúan a España entre los países del continente con menos casos de depresión (Valladares et al, 2009). Estas proporciones expuestas son sensiblemente inferiores a las observadas en otros países europeos, como Bélgica, donde utilizando como instrumento de medida el cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) se llegó a alcanzar una tasa de prevalencia del 42.5% (Ansseau et al, 2004), o Dinamarca, (Toft et al, 2005) donde aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos por el MAP cumplía con criterios de Problema Mental según la CIE-10 (WHO, 1992). En el estudio de Sicras et al (2007) muestra que la proporción de pacientes con

demanda de atención por algún Problema Mental en los CAP españoles es del 17.4%, y la depresión y la ansiedad son los problemas más frecuentes.

La Utilización de servicios asistenciales, exclusivamente sanitarios, por trastornos de SM presenta las características siguientes:

- El estudio ESEMeD (2004) estimó que entre los individuos con algún TM sufrido en los últimos 12 meses y que hacía uso de algún servicio de salud, dos tercios de ellos consultaban con un MAP (Alonso et al, 2004).

- La depresión mayor es una de las causas de consulta más frecuentes en AP y constituye uno de los diagnósticos psiquiátricos más habituales en la población general (Thomas et al, 2005).

- El 14.7% de los pacientes que acuden por cualquier motivo a las consultas de AP presentan depresión, de los que son conocidos y diagnosticados el 72%, de los cuales únicamente reciben tratamiento con antidepresivos el 34% (Fernández et al, 2006)

- En España la depresión es el TM más frecuente en la población en general y las cifras actuales se incrementarán considerablemente en el futuro (Haro et al, 2006). Sin embargo, los estudios comparativos europeos sitúan a España entre los países del continente con menos casos de depresión. Los datos indican que en España actualmente podría haber aproximadamente 6 millones de personas deprimidas, de las cuales tan sólo una tercera parte, 2 millones, han recibido un diagnóstico adecuado (Valladares et al, 2009).

- La infradetección de la depresión se asocia positivamente con el nivel educacional, la gravedad del cuadro, el grado de incapacidad y la queja de síntomas psicológicos explícitos, mientras que el tratamiento con antidepresivos se asocia al estado civil, la gravedad de la depresión, la frecuencia de visitas al MAP y la queja de síntomas psicológicos. Así pues, un importante porcentaje de pacientes con depresión no son conocidos y muchos de los conocidos no reciben el tratamiento adecuado. Sólo un tercio de los pacientes deprimidos tomaba antidepresivos (Aragones et al, 2005).

- Tanto las tasas de detección como las de tratamiento son mayores en las formas más graves de depresión y además, hasta un 26.5% de los pacientes diagnosticados de depresión por el MAP no reúnen criterios formales para este diagnóstico (Aragones et al, 2005).

- El estudio de Sicras et al (2007) refuerza la evidencia relacionada con la asociación de los antecedentes y la elevada utilización de recursos de estos pacientes.

- Finalmente, la percepción de necesidades de atención no cubiertas es muy elevada en pacientes con ansiedad o depresión, incluso en países con el nivel más alto de provisión para SM (Kovess-Masfety et al, 2007), como por ejemplo los Países Bajos (Prins et al, 2009). Además, un porcentaje significativo de casos no recibe un tratamiento adecuado (Fernández et al, 2006).

Los centros de atención primaria (CAP) constituyen así el primer punto de contacto con el sistema de salud para los pacientes depresivos en España (Aragones 2005; Serna et al, 2007). AP tiene un papel prioritario en la detección, el tratamiento y la remisión a otros profesionales de pacientes con depresión (Goldberg, 1995). Estudios previos indican que alrededor de un 10% de los pacientes que acuden a un CAP pueden sufrir un trastorno depresivo (Saiz y Montes, 2005; Serrano et al, 2009) De estos, muchos casos no son diagnosticados por el médico. La tasa de

morbilidad oculta o no detectada en este medio es elevada, estudio DASMAP de Serrano et al (2010).

Sin embargo siguiendo un criterio estricto de reconocimiento de la depresión mayor, los MAP sólo detectarían el 22% de esta población, que se incrementaría hasta el 40% si se considera una categoría amplia de trastornos depresivos (que incluye distimia, sintomatología depresiva y depresión mayor) (Fernández et al, en prensa). Pueden existir actualmente un 50% de pacientes depresivos que no están diagnosticados, y de la mitad que sí lo está, el 50% no está correctamente tratado, bien en primera instancia o bien por abandono del tratamiento, por desinformación u otras razones y, un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están diagnosticados ni tratados, pues la depresión es mucho más que un estado de ánimo bajo (Norton et al, 2009).

El motivo de que la depresión mayor aunque sea una de las causas de consulta más frecuentes en AP este infradiagnosticada es debido a que los MAP diagnostican bajo otra clasificación la sintomatología de depresión mayor o derivan a otros especialistas estos pacientes ante la dificultad de su tratamiento, seguimiento, en cambio si atienden en un grado elevado pacientes con fobia social, 65%, TAG 22.5%, Trastorno de Ansiedad 28.8%, frente al uso de servicios asistenciales de psiquiatría que atienden un 30.8% de depresión, 44.5% TAG, 37.78 trastorno de pánico y en general el 35% para algún trastorno (Fernández et al, 2006).

La bibliografía revisada sugiere que los MAP detectan poco los trastornos depresivos, permaneciendo infradiagnosticados entre un tercio y la mitad de los casos. En los diferentes estudios revisados se esgrimen diversas razones para explicar esta evidencia: en primer lugar, la *pluripatología* (Davidson et al, 1999) por la que consulta el paciente a su médico, en la que se engloban múltiples síntomas somáticos (Sicras et al, 2007) que también se incluyen como criterios diagnósticos dentro de los trastornos depresivos.

La personalidad depresiva, con rasgos perfeccionistas, autocríticos y negativistas, aparecen más en depresión que en otras poblaciones clínica. A mayor gravedad de los síntomas descritos se hace patente un incremento del desajuste, asociada principalmente a una comorbilidad ansiedad-depresión, repercutiendo ostensiblemente en un alargamiento de los procesos por ILT (Araña et al 2008a). No obstante los MAP detectan más los síntomas físicos y somatizaciones que los propios de un TDM. La afectación somática simultánea en pacientes con depresión mayor, supera el 69% en relación a problemas digestivos, y más del 80% en afectación cardiopulmonar o en algún otro tipo de dolor somático. Estos síntomas somáticos aparecen asociados a un incremento de la gravedad de la depresión, la utilización de servicios y a pérdida de la calidad de vida (Sicras et al, 2007). El 54% de pacientes referían 4 o más síntomas somáticos no justificados por causa orgánica (García et al, 2008).

En primer lugar, la sintomatología que las víctimas de APT en estados depresivos consultaron las víctimas al MAP estuvo relacionada con el estrés mental que soportaba confusión, agotamiento mental, distorsiones cognitivas con pérdida de concentración y memoria, bloqueo mental (no recuerda conceptos básicos ni situaciones vividas recientemente), inseguridad con dudas/errores/confusiones de las tareas cotidianas realizadas, cuando nunca antes le habían ocurrido, discurso disperso y ausente, con marcada indecisión, inseguridad y amnesia, que dificulta el seguimiento del mismo, insomnio crónico, con somnolencia diurna continua (alteración del ciclo de vigilia-sueño: duerme indistintamente a intervalos diurnos o nocturnos, no hay sueño nocturno ni diurno reparador y continuo), dolores crónicos e inespecíficos de cabeza (mialgias y cefaleas continuas, que mitiga con medicación), cervicalgias, dorsalgias, y ansiedad, Se acompaña de cansancio

extremo, apatía total, abulia, astenia, adinamia y, clinofilia, estado de ánimo depresivo, dificultades en concentración y atención, disminución de interés o placer, fatiga o pérdida de energía, pérdida o ganancia de peso, que unido a su anorexia y pérdida de peso delgadez extrema le acarrea un enlentecimiento físico y psíquico preocupante, le impide la realización de cualquier actividad física básica

En segundo lugar, las características de los pacientes depresivos que acuden a las consultas de AP son diferentes a los diagnosticados y tratados en el nivel de la especialidad, de manera que los que acuden a AP presentarían menor gravedad y mayor tiempo de evolución mientras que los que lo hacen a la consulta del psiquiatra son casos incidentes, con una clínica más florida, por lo que han sido más precozmente derivados a salud mental y cumplen mejor los criterios diagnósticos psiquiátricos (Caballero et al, 2008).

En tercer lugar, la detección de los trastornos depresivos por parte del MAP tiene una trascendencia fundamental en la prevención de suicidios asociados al trastorno, en la mejora de calidad de vida del paciente y en la reducción de costes sanitarios, puesto que este tipo de pacientes son más utilizadores de servicios médicos y presentan significativamente más disfunción que los pacientes con enfermedades médicas crónicas (Gabarrón et al, 2002).

En cuarto lugar, en un contexto clínico, es conocido que los TD se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos y de un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente; la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio, de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por la presencia de otras enfermedades que favorecen la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas). Nuestro estudio refuerza la evidencia relacionada con la asociación de los antecedentes y la elevada utilización de recursos de estos pacientes (Sicras et al, 2007).

Finalmente, según algunos estudios, la detección de depresión por el MAP es tanto mayor cuanto mayor es la familiaridad y el conocimiento previo de la historia psiquiátrica del paciente, por lo que si existe poca continuidad en el seguimiento por parte del médico de AP la detección sería inferior (González, 2004).

2. Existe dificultad para realizar un diagnóstico diferencial ansiedad/depresión.

Un trabajo realizado sobre una muestra de 3353 pacientes de 12 países, entre los que se encontraba España, constata que en la práctica clínica diaria, los médicos de primaria tienen dificultades en diferenciar entre depresión y ansiedad (Demyttenaere et al, 2009).

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. La ansiedad y el estrés son experimentados por el paciente, a nivel psíquico, pero también a nivel físico, siendo estos síntomas somáticos los que motivan la consulta y hacen que el paciente se resista a admitir que su enfermedad es fundamentalmente psíquica, no somática (Wittchen et al, 2000). Sin embargo serán los problemas psíquicos los que más sufrimiento ocasionan al paciente, y los más difíciles de describir. Además el solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión es un obstáculo para la diferenciación clínica y la identificación del curso de estos trastornos (De Rivera, 2011).

Ambos trastornos se suceden mutuamente en su presentación, muchos de sus síntomas aislados constituyen un trastorno en sí mismos, o forman parte de otros

cuadros psicopatológicos y/o médicos, el 50 % de los pacientes con trastornos depresivos cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Norton et al, 2009). Padecer un trastorno de ansiedad, constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un TDM en algún momento posterior. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en AP resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a AE cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran (GuíaANS, 2008)

Cuando la ansiedad que manifiestan las víctimas en su tiempo de trabajo, empiece a generalizarse a otras situaciones familiares, sociales, estaremos ante el denominado TAG. El estudio ESEMeD de Haro et al (2006), estimó su prevalencia-vida en el 1.9% y prevalencia-año en el 0.5%. En España los escasos estudios de prevalencia del TAG son poblacionales y en el contexto de la AP (García-Campayo et al, 2012). Los trastornos de ansiedad y el TAG en particular, son muy frecuentes en el servicio de AP, estimándose su prevalencia anual entre el 3 y el 8% (Wittchen et al, 2002; Anseau et al, 2005; Serrano et al, 2010). Una razón que explica la alta tasa de infradiagnos para el TAG en AP es que en estos casos, el motivo principal de consulta no es la ansiedad sino las quejas somáticas subestimando su prevalencia en AP (Wittchen, 2002). Como el TAG presenta normalmente comorbilidades médicas y psiquiátricas; el diagnóstico apropiado se retrasa, llevando a tratamientos inadecuados e incrementando los costes (Zhu, 2009). Finalmente, en el estudio LIGANDO, los pacientes que llegan a la consulta ambulatorias de SM sin diagnóstico previo de TAG alcanzan un 10%, consultan por los síntomas característicos de este trastorno siendo desconocidos hasta ese momento en AP (Caballero et al, 2008).

Este es el trastorno de ansiedad con menor probabilidad de remisión espontánea, presentando un curso clínico con tendencia a ser recidivante, fluctuante y crónico, tal es su relevancia que ha sido conceptualizado como un trastorno básico disparador de otros tipos de trastornos (Wittchen, 2002) pero las implicaciones van más allá de las sanitarias-laborales, al repercutir en un detrimento de la calidad de vida de las personas afectadas y de sus entornos, con una pérdida gradual de funcionalidad psicosociales, con repercusiones claras en rentabilidad social (aquí radica la importancia de un buen diagnóstico, pues aparece en los estadios iniciales del proceso de hostigamiento psicológico laboral) (GuíaANS, 2008).

El documento de consenso sobre el TAG realizado por la sociedad española de psiquiatría y la sociedad española de psiquiatría biológica, expone los resultados que ayudan a entender el por qué de la dificultad de diagnosticar el TAG en AP (Diario Médico, 2011):

- 1/3 de los pacientes no solicitan ayuda terapéutica específica
- El 13,3 % presentan ansiedad como queja primaria.
- Más del 50 % vagan como enfermos funcionales sin ser diagnosticados por consultas de atención especializada y por atención primaria, de los cuales el 90 % presentan algún otro trastorno psicopatológico y en el 60 % de los casos este TAG precederá a la depresión en un período de año y medio.
- Los pacientes con TAG muestran una experiencia de sus síntomas, durante una media de 5 a 10 años, antes de diagnosticarlos.
- El 69,4 % de los pacientes con TAG manifiestan haber tenido al menos otro trastorno mental durante los últimos 12 meses: depresión mayor, agorafobia, trastorno de pánico.
- El TAG presenta una comorbilidad con depresión mayor, del 62 % y del 37 % con distimia, siendo el curso crónico de al menos de 5 a 15 años
- Entre los factores predictores de mal pronóstico nos encontramos: curso clínico del trastorno en el pasado, comorbilidad somática, depresiva, y con trastorno de la personalidad, relaciones familiares conflictivas

- La búsqueda de un patrón común para la detección y el abordaje de la ansiedad patológica en una consulta de Atención Primaria no es una tarea sencilla. La gran disparidad de categorías diagnósticas oficiales que existe, la relativamente corta duración de las visitas, la frecuente somatización y la asociación de este tipo de trastornos con otras enfermedades crónicas dificultan esta tarea.
- Para la comprensión de los efectos de la demora en la petición de ayuda y su consiguiente sufrimiento, podemos indicar como posibles causas que los síntomas comunes del TAG, incluyen dificultad para relajarse, fatiga, inquietud, alteraciones del sueño, irritabilidad, tensión muscular, migraña, hipertensión, y dolores generalizados, inespecíficos y oscilantes.
- En conclusión, la prevalencia del TAG en consultas ambulatorias de salud mental en España es más alta de lo esperado, siendo las mujeres de entre 25 y 45 años el grupo con mayor prevalencia. El motivo de consulta más frecuente en estos centros son los trastornos de depresión seguidos por los de ansiedad. Entre los pacientes con TAG, los síntomas propios sólo suponen dos tercios de las consultas; es decir, casi uno de cada tres pacientes consulta por un motivo distinto al de su diagnóstico. Finalmente, de los pacientes que visitan al psiquiatra sin diagnóstico de TAG un 10% lo padece.

A la vista de este documento de consenso sobre el TAG podemos asegurar que el TAG esta infradiagnosticado, pues se presenta de forma comórbida con otros desajustes físicos y psíquicos, que hace al trabajador confundir sus síntomas como producto de problemas habituales, cotidiano, en una interpretación propia de normalidad *"esto es lo que hay"* *"el trabajo acarrea estos problemas"*, que demuestran que su estado emocional y psicofisiológico no es adaptativo realmente a tal situación.

En el informe de Araña et al (2008), se observa que los MAP desconocen o poseen elevadas dificultades para afrontar el diagnóstico psicopatológico y cómo tratar los problemas SM. Dentro del informe se puede observar que gran parte de los médicos toman como referencia, "y de forma contraria a la patología médica", un sólo síntoma para conocer la patología del paciente. Como consecuencia, se produce una confusión generalizada en los diagnósticos y los tratamientos, lo que podría significar que un alto porcentaje de la población con trastornos de tipo mental está mal diagnosticada. El informe destaca el caso de Cataluña, donde casi la totalidad de los MAP confirma efectuar su prescripción a partir del síntoma principal. Teniendo en cuenta que el diagnóstico en estos pacientes es de gran complejidad, a juicio de los investigadores que han realizado este estudio "refleja una visión muy reducida de la sintomatología, y supone un riesgo potencial para la salud del afectado y la cronificación de sus síntomas". En síntesis este documento refleja déficits pronunciados a la hora de diagnosticar y tratar enfermedades mentales por parte de los MAP en todas las comunidades autónomas.

La encuesta que acompaña al citado informe de Araña mostraba cual era la situación de la SM en el Sistema Nacional de Salud (SNS) teniendo en cuenta los datos de siete comunidades autónomas: Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Murcia, Valencia, que, en definitiva, representan casi el 80% de la atención total española. En cuanto a la seguridad que el propio MAP tiene sobre su diagnóstico, destaca la opinión generalizada (46%) en todas las comunidades sobre la alta confusión en los diagnósticos, excepto en Cataluña donde el 83% de los encuestados afirmó estar seguro. Sin embargo, más del 70% de la muestra afirmó la dificultad que presenta la SM a niveles asistenciales.

Señala el informe: *"Las consecuencias de este dato detectado pueden traducirse en una asignación etiológica errónea a un mismo o distinto síntoma presentado como queja principal por un paciente que, no sólo a nivel asistencial sanitario sino a la hora de prescribir Baja Laboral, pueda ser determinante para la duración de la baja y para la asignación de un diagnóstico y selección del tratamiento, afectando a la evolución terapéutica del sujeto, o su empeoramiento"*. En este sentido, el informe avala la necesidad de efectuar "cambios inmediatos" en los CAP para optimizar este funcionamiento actual, donde el MAP necesita compensar su cualificación con

formación en Terapia de Conducta y Psicofarmacología, compartiendo su nivel de intervención, de forma interdisciplinar con otros profesionales: psiquiatras con formación complementaria también en Terapia de Conducta, psicólogos cualificados con formación en Clínica, Terapia de Conducta y Farmacología.

Finalmente, para intentar mejorar este déficit Van Os et al (1999) realizaron un estudio para evaluar, en la fase previa y post, la capacidad diagnóstica y prescriptiva de los MAP al recibir un programa específico en SM. Sorprende que tras recibir el entrenamiento la derivación a especialistas en SM apenas aumentaron (del 23 al 24%). En cambio, el counseling o ayuda conjunta a la prescripción de antidepresivos aumentó pero sin alcanzar tasas pretendidas (del 11 al 30%). El diagnóstico correcto apenas mejoró, no logró ni situarse en el 50 % de detección (del 40 al 48%). En cambio la prescripción de antidepresivos en general y de nueva generación partiendo de datos basales más altos que el resto de ítems, multiplicaron aproximadamente por 2 sus resultados. La dudosa efectividad del entrenamiento es importante pues no se detectaron ni el 50 % de los trastornos. Aún así los MAP estaban tan convencidos de su actuación que se mantuvo estable la derivación a otros especialistas en SM, con datos basales ya muy bajos. Por consiguiente el entrenamiento no logró ni mejorar los rendimientos diagnósticos, ni ayudaron a facilitar una correcta coordinación con la Red de especialistas de SM (van Os et al, 1999).

Si se asume que las decisiones clínicas debieran estar basadas en criterios de evidencia científica, con un grado de efectividad, seguridad y eficiencia del tratamiento acorde con los conocimientos científicos existentes en cada momento y garantizando una asistencia adecuada del paciente, observamos que en la limitación de la actividad laboral la valoración psíquica no sigue los mismos patrones establecidos que en la alteración de la función y estructura corporal física. Es decir, no se está reconociendo la necesidad de precisar las mismas obligaciones asistenciales sanitarias respecto a la estructura psíquica, no mencionada de forma específica. Esta presenta un funcionamiento diferente al resto de la afectación funcional estrictamente orgánica.

Por consiguiente, se comprende que un buen adiestramiento en psiquiatría⁵ por parte de estos profesionales sería importante para el reconocimiento y el abordaje de estas enfermedades psíquicas, que abre nuevos retos a abordar en la SM. Desde estas Sociedades médicas se incide que su papel debería ser esencial en el manejo de los pacientes con trastornos psiquiátricos, sobre todo de los que presentan los grados de leves a moderados, así como en los trastornos de ansiedad y depresión, frecuentemente presentados en cuadros mixtos (Araña et al, 2008). Según diferentes autores estos trastornos son los que generan la gran mayoría de sus consultas, pues son los más comunes en la población general, y entre ellos una proporción significativa han estado causados o agravados por las condiciones del trabajo (González, 2004). Es por tanto imprescindible que el MAP posea herramientas para conocer y dar respuesta a la gravedad de este problema, pues esta bien documentada la asociación entre los factores de riesgo psicosocial del trabajo y los trastornos ansiosos (TEPT) y depresivos (TDM) descritas por el psiquiatra De Rivera (2011).

⁵ Las principales Sociedades Españolas en el entorno de la Psiquiatría -Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)- y las principales sociedades de Atención Primaria (AP) -Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), han elaborado una herramienta informática denominada "**Recomendaciones para el manejo del paciente con trastorno depresivo en Atención Primaria**", que contribuirá a estandarizar los procesos de diagnóstico de la enfermedad, el abordaje terapéutico de los pacientes, el seguimiento de su evolución y los criterios de derivación al especialista, de cara a asegurar una toma de decisiones acertada y una derivación oportuna.

☑ La segunda cuestión que se plantea ante los resultados es ¿porqué los MAP no detectan comorbilidad entre ansiedad/depresión? ¿No la informan aunque la detecten?

La relevancia de la comorbilidad psíquica entre trastornos, la comorbilidad físico-psíquica, así como la concurrencia de síntomas dentro de un mismo trastorno es extraordinaria, lo cual dificulta enormemente establecer un diagnóstico diferencial correcto. El solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión es un obstáculo para la diferenciación clínica y la clasificación del curso de estos trastornos (Wittchen et al, 2000). Ambos trastornos se suceden mutuamente en su presentación, muchos de sus síntomas aislados constituyen un trastorno en sí mismos, o forman parte de otros cuadros psicopatológicos y/o médicos: la mitad de las personas con trastornos depresivos, cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad, asimismo el TAG constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento posterior (Araña et al, 2008).

Comorbilidad ansiedad

EL TAG se caracteriza también por su alta tasa de comorbilidad (Pélissolo et al, 2002); de hecho, los pacientes con TAG tienen un 90% de probabilidades de ser diagnosticados con al menos otro trastorno comórbido a lo largo de su vida (Beesdo et al, 2010; Roy-Byrne et al, 2010). Esta alta tasa de comorbilidad hace del manejo del TAG un gran desafío para el MAP (García-Camayo, et al, 2012). Coexisten con el TAG con enfermedades como la depresión mayor, que es la asociación más frecuente, la diabetes mellitus, los trastornos de abuso de sustancias y los trastornos de pánico, entre otras (Kroenke et al, 2007). El solapamiento de síntomas del TAG es bastante más evidente como ya se ha descrito, entre el TDM, el trastorno de pánico. Hasta el 80 % de pacientes que presentan TAG, desarrollan por lo menos un EDM a lo largo de su vida. Por eso el diagnóstico de ansiedad es un diagnóstico de exclusión en el que el profesional debe descartar previamente otras entidades médicas (Kroenke et al, 2007). Así un mejor conocimiento acerca de los síntomas del paciente con TAG en los servicios de AP permitirá un mejor manejo de estos pacientes y un mejor reparto de los recursos de salud (García-Campayo et al, 2012).

Podemos asegurar por tanto, que se presenta de forma comorbida con otros desajustes físicos y psíquicos (Albarracín, 2008), que hace al trabajador confundir sus síntomas como producto de problemas habituales, cotidiano, en una interpretación propia de normalidad "*esto es lo que hay*" "*el trabajo acarrea estos problemas*", que demuestran que su estado emocional y psicofisiológico no es adaptativo realmente a tal situación. Todo ello hace que los trabajadores con TAG o con cuadros agudos o crónicos de Ansiedad, eviten los CAP, realizan menos visitas a los MAP que cualquier otro individuo aquejado de problemas de SM, presentan una alta comorbilidad con abusos de sustancias, principalmente alcohol, para resolver su problema de interacción social (Wittchen, et al 2000). El tiempo de demora calculado en acudir a solicitar ayuda y conocer el diagnóstico, no es inferior a 5 años. Los efectos del TAG van más allá de su implicación médica, evidenciándose actualmente la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia la pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial de las mismas (Lieb et al, 2005).

De acuerdo con la CIE-10 (WHO, 1992) las formas más leves de estos trastornos de ansiedad se ven principalmente en AP y en ellas son frecuentes la comorbilidad con otros síntomas, la coexistencia de angustia con ansiedad es con mucho, la más frecuente. Además el solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión es un obstáculo para la diferenciación clínica y la identificación del curso de estos

trastornos. Ambos trastornos se suceden mutuamente en su presentación, muchos de sus síntomas aislados constituyen un trastorno en sí mismos, o forman parte de otros cuadros psicopatológicos y/o médicos, el 50 % de los pacientes con trastornos depresivos cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad, padecer un trastorno de ansiedad, constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento posterior. CIE-10 (WHO, 1992)

Aunque es necesario decidir en cada caso cuál predomina, la premura del tiempo en asignar un diagnóstico permite al MAP con una codificación F 42.2 trastorno de adaptación mixto ansiedad-depresión, resolver la disyuntiva, aunque un buen criterio médico si el proceso se cronifica o se complica habría de reevaluarse de nuevo. Es importante resaltar que los resultados del estudio LIGANDO, dentro de los pacientes con TAG, debido a su gran comorbilidad, casi un tercio consultan por un motivo diferente a su diagnóstico.

Comorbilidad TDM

La comorbilidad acompañante a la depresión más determinante según diversos estudios detectadas por los MAP, es la relacionada con la ansiedad social, la ansiedad generalizada, y el TEPT en porcentajes que varían desde 29.3 hasta el 11.8% (Rush et al, 2005). También se detecta una sintomatología significativa adicional a la depresión, muy interesante para nuestro estudio (conjuntamente TAG y, TEPT, alcanzan un 32.6%). La combinación ansiedad social-depresión, abuso de sustancias, unido a un estilo de vida disfuncional con abuso de tabaco y falta de ejercicio físico, genera un cóctel de difícil digestión, aumentando la gravedad del TM (Rush et al, 2005). Frente a ello se ha de destacar que sólo el 38.2% presentan una depresión pura y los MAP muestran una capacidad de detección de trastornos depresivos puros del 72%, que no se ve afectada por la presencia de ansiedad comórbida (Aragonès et al, 2004). Estos hechos dificultan el diagnóstico, el tratamiento, la atención sanitaria de las víctimas de APT, así como la gestión de la ILT.

Por consiguiente la comorbilidad ansiedad/depresión, de no ser observada o detectada, en trastornos existentes y diagnosticados puede estar generando una prescripción múltiple y un afrontamiento terapéutico desajustado. En el estudio con población general de Jeans Christtensen et al (2005) destaca que el 60 % de los pacientes diagnosticados con depresión, y la mitad de los pacientes que presentaban y fueron diagnosticados de ansiedad, tenían otra comorbilidad que no se observaba por los profesionales sanitarios. Al menos $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes con diagnóstico de ansiedad o depresión, presentaron sintomatología comórbida suficiente para ser diagnosticada simultáneamente de depresión o ansiedad, pero no fueron detectados ni diagnosticados:

Comorbilidad somática en depresión

Los síntomas y malestares más frecuentes de las víctimas de APT suelen estar vinculados al estrés manifestado y a menudo articulado en el ciclo oscilatorio alerta-depresión-defensividad (Hirigoyen Leymann, Piñuel), como el dolor de espalda y articular, los diversos síntomas psicósomáticos, el trastorno del sueño, la falta de concentración y atención, las alteraciones de la memoria, la ansiedad y la depresión reactivas, la fatiga crónica, la hipervigilancia reactiva, la irritabilidad y el aislamiento social, entre otros muchos (Elovainio et al, 2002, Hemingway y Marmot, 1999; Koskenvuo et al, 1988; Kivimäki et al, 2000; Voss et al 2001; Vartia, 2001; Amick et al, 1998 y Weinberg y Creed, 2000). Por otro lado, algunas estimaciones afirman que el *mobbing* aparece estrechamente relacionado con otras enfermedades (dolencias coronarias, cáncer, hipertensión, trastornos digestivos,

etc.), con comportamientos de riesgo (adicciones, accidentalidad viaria y laboral) y con el suicidio (Pompili et al, 2008; Kivimäki et al, 2003; Lindeberg et al, 2008; Niedhammer et al, 2006).

En un contexto clínico, es conocido que los trastornos depresivos se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos y de un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente; la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio, de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por la presencia de otras enfermedades que favorecen la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas) (Sicras et al, 2007). La depresión presenta sintomatología variada somática, como dolor, trastornos del sueño y de la alimentación; psicológicas, como la sensación de miedo y ansiedad; y cognitivas, como la falta de concentración y memoria y la dificultad para pensar y tomar decisiones, por lo que algunos autores proponen la realización de cribados entre la población, con el fin de asegurar que todos sean identificados y reciban el tratamiento adecuado (GuíaTDM, 2008).

El estudio de (García et al, 2008) destaca que entre los síntomas físicos más frecuentes de DM en atención primaria, la afectación somática simultánea en pacientes con depresión mayor, supera el 69% en relación a problemas digestivos, y más del 80% en afectación cardiopulmonar o en algún otro tipo de dolor somático, el 85%. Estos síntomas somáticos aparecen asociados a un incremento de la gravedad de la depresión, la utilización de servicios y a pérdida de la calidad de vida. El 54% de pacientes referían 4 o más síntomas somáticos no justificados por causa orgánica.

Entre los profesionales sanitarios parece que los MAP se fijan más en la presencia de síntomas somáticos (34% vs 15% en psiquiatría, $p < 0.001$). Y es que diversos estudios muestran cómo los pacientes con depresión mayor somatizan más, así se encontró que el 93% manifiestan al menos una somatización y el 45% entre cuatro y nueve, y que un 21.7% de los pacientes con trastorno depresivo de AP eran somatizadores (Aragonès et al, 2005, Caballero et al, 2008). En cuanto a la somatización, el 45.4% de las depresiones se presentan de forma psicológica, el 35.6% como somatizadas y el 19% como enfermedad orgánica con depresión concomitante. Los somatizadores tenían menor educación y su depresión era menos grave y ocasionaba menor disfunción. La detección, el tratamiento antidepresivo y la atención especializada psiquiátrica fueron menores en los somatizadores (Aragonès et al, 2005).

En cuanto a la comorbilidad física, el estudio de (Aragonès et al, 2007) encuentra que en aproximadamente dos tercios de todos los pacientes deprimidos atendidos en consultas de AP hay comorbilidad con enfermedades físicas

☑ La tercera cuestión que llama poderosamente la atención es la inconcreción, inespecificidad o poca especificidad de estos diagnósticos de los MAP, pues los trastornos adaptativos (F43.2X), los trastornos de ansiedad inespecífico (F41.9), los episodios depresivos inespecíficos (F32.9) y otros trastornos de ansiedad específicos (F41.8), como la ansiedad histérica, representan el 63.5% de todos los diagnósticos (151 diagnósticos) ¿Porqué diagnostican más los grados más leves e inespecíficos y no los grados moderados o graves?

Según el informe de Araña et al (2008a), el diagnóstico de los trastornos depresivos obtiene las tasas de acuerdo entre entrevistadores sanitarios más bajas de todos los TM, a pesar de utilizar los mismos criterios diagnósticos. Los MAP cada vez disponen de menos tiempo en sus consultas, pues existe un número excesivo

de pacientes por facultativo; y aunque están capacitados para tratar la mayoría de enfermedades vinculadas al ámbito laboral, incluido los trastornos descritos, se sientan desbordados, no den abasto, lo que se traduce en menor tiempo de diagnóstico, aunque su actuación acabe limitándose a recetar ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, que son un parche y no resuelven el problema, y que como último recurso generan un mayor número de derivaciones a las consultas de especialistas confundiendo un trastorno comórbido de depresión mayor y estrés postraumático con una sintomatología depresiva inespecífica, pues atribuye a la víctima de acoso psicológico laboral conductas o actitudes de esta sociedad, la cual es cada vez menos tolerante a la frustración y a algunos tipos de sufrimiento, ya sea físico o emocional. Aquí radica el problema en la atribución de diagnósticos sindrómicos genéricos, más fáciles de adoptar que los diagnósticos precisos, u otros errores que describiremos (araña et al, 2008a).

No obstante, las principales dificultades no se asocian a la cualificación, sino a la falta de herramientas y recursos para atender al paciente con trastornos mentales, para ello es necesario que el profesional reflexione sobre la enfermedad mental, sus características, sus tratamientos concretos, el tiempo, dedicación y calidad de los pacientes afectados de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo, de sus entrevistas clínicas para ser efectiva su actuación. Pero aún más, siendo importante la detección precoz, no lo es menos el tratamiento y su seguimiento y la posibilidad de disponer de recursos alternativos suficientes (sociales, psicoterapias) para poder atender correctamente a los pacientes, pues en muchos casos, la depresión/TEPT se convierte en una enfermedad crónica, por la repetición de los episodios, en ocasiones debido a tratamientos de corta duración y/o dosis insuficientes (Araña et al, 2008a).

El problema quizás se encuentre en la poca especificidad de muchos de los síntomas que contribuyen a la realización de tales diagnósticos. Aunque otros autores señalan que la dificultad es más básica y se centra en la desigual percepción de los síntomas por los diferentes profesionales; en definitiva, a la diferente sensibilidad psicopatológica de los mismos (Araña et al, 2008a). En cualquier caso, parece cierto que, de entre los diferentes síntomas a manejar para establecer un diagnóstico de depresión, los psiquiatras utilizan en la práctica clínica sólo unos pocos. De hecho, el diagnóstico de depresión «endógena» o «melancólica», por ejemplo, se hace empleando únicamente dos factores: la presencia de *inhibición* y la de *personalidad anormal*, como se comprobó en una investigación internacional patrocinada por la OMS (WHO, ICD-10).

La dificultad de establecer un diagnóstico diferencial es consecuencia de la magnitud del problema, pues los TM son problemas de salud que tienen un fuerte impacto social, sanitario, económico y una importante repercusión en la calidad de vida de las personas que las sufren y sus familias, de la coyuntura laboral actual, de la repercusión en el gasto sanitario y en la utilización de los recursos sanitarios asistenciales escasos en la actualidad, que presionan a los MAP y les llevan a cometer tendencias con peligro en la asignación del diagnóstico, o errores diagnósticos (Gastó, 2008), que perjudicaran notablemente a la resolución del daño psíquico de las víctimas de conductas hostiles sistemáticas:

a. Asignación de diagnósticos sindrómicos genéricos, más fáciles de adoptar que los diagnósticos precisos. Las personas víctimas de acoso psicológico presentan diversos síntomas físicos, cognitivos y emocionales importantes, considerados éstos dentro del cuadro diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (APA, 2002). Se recoge la incidencia de los mismos en los dos grupos analizados en este estudio, víctimas o no de procesos de acoso psicológico. De los resultados obtenidos conviene resaltar que la mayor prevalencia de este tipo de síntomas es, en todo caso, menor del 25%, lo que deja a un 75% de las víctimas de acoso

psicológico sin explicación posible con base en sus rasgos o características propias o personales (infradiagnostico de los TAG por un diagnostico generico e inespecifico de ansiedad). (Cabarcos et al, 2008)

Constatado este importante dato, cabe resaltar también que aunque el patrón general en ambos grupos es más o menos similar, la prevalencia de los diferentes síntomas es muy diferente. Las víctimas de acoso psicológico tienden a ser personas que han sufrido en mayor medida todos y cada uno de los síntomas asociados con el desorden de ansiedad generalizado. Las diferencias entre los dos grupos considerados resultan, además, significativas a nivel estadístico en todos los casos (Cabarcos et al, 2008).

b. Asignación de diagnósticos intuitivos, con empleo de pocos elementos de valoración y juicio, basados en la sagacidad del clínico más que en la sistematización de la recogida de información de datos clínicos. Según el estudio de Martín-Agueda et al (2007) se constata que en la práctica clínica, el 90% de los clínicos se basan en la entrevista con el paciente y la valoración de un síntoma principal para diagnosticar la depresión.

c. Excesiva confianza estadística, amparada en la epidemiología, con rutinas diagnósticas y prescriptivas. Este estudio de metodología cualitativa en el que se realizaron entrevistas a médicos de familia y psiquiatras constata que el estado de humor depresivo es el síntoma principal que se tiene en cuenta por ambos profesionales (84.4% y 75.6% respectivamente). (Martín-Agueda et al 2007).

d. Centrarse en lo conocido y del síntoma principal, partiendo de la drástica división entre trastornos orgánicos y trastornos funcionales o psicológicos. El informe Araña et al (2008a) destaca el caso de Cataluña, donde casi la totalidad de los médicos de primaria confirma efectuar su prescripción a partir del síntoma principal. Teniendo en cuenta que el diagnóstico en estos pacientes es de gran complejidad, a juicio de los investigadores que han realizado este estudio "refleja una visión muy reducida de la sintomatología, y supone un riesgo potencial para la salud del afectado y la cronificación de sus síntomas".

Asimismo, este informe refleja que ninguna comunidad reconoce con claridad el papel de la historia biográfica en la presentación del cuadro sintomatológico. Sin embargo, la historia biográfica está presente en múltiples manifestaciones sintomatológicas físicas, como en asma, obesidad y algunas otras enfermedades, incluso crónicas. En este sentido, más del 40% de los MAP encuestados negaron esta relación.

e. Prejuicios y desconsideración en relación a la edad, raza, etnia, aspecto físico, condición social, género, que continúan siendo fuentes de error en la valoración psicopatológica.

La apatía tiene características en común con la depresión y puede ser diagnosticada de manera errónea como depresión únicamente. Los estudios que se han realizado hasta el momento han asociado la apatía también con demencia y Enfermedad de Alzheimer.

La personalidad depresiva, con rasgos perfeccionistas, autocríticos y negativistas, y aspecto físico deteriorado aparecen más en la clínica de la depresión que en otras poblaciones. A mayor gravedad de los síntomas descritos se hace patente un incremento del desajuste, asociada principalmente a una comorbilidad ansiedad-depresión, repercutiendo ostensiblemente en un alargamiento de los procesos por ILT.

f Los expertos han detectado errores en la prescripción de fármacos, derivados de que casi la totalidad de los facultativos efectúa su prescripción a partir del síntoma principal que presenta el paciente, lo que supone una visión muy reducida de la complejidad del trastorno y el riesgo potencial de cronificación de su sintomatología (Araña et al, 2008a).

La cuarta cuestión es que los Trastornos adaptativos (F 43.2X) representan el 36,95 % de todos los diagnósticos (82)

Aunque la orientación diagnóstica más frecuente sea el "trastorno adaptativo" o las denominadas "reacciones de estrés", éstas se consideran una "categoría puente" entre la normalidad y el trastorno, por tanto sujeto a un considerable vaivén ideológico. La categoría de "trastorno adaptativo" y las "reacciones de estrés" constituyen entidades únicas dentro de la nosología psiquiátrica, por cuanto son las únicas que refiere a un agente etiológico y no a la presencia de un síndrome. Recogen las múltiples reacciones posibles ante situaciones de cambio, amenaza o pérdida frente a las que no es posible adaptarse o cuando las personas se sienten subjetivamente sobrepasadas por los acontecimientos. Se trata en este sentido, de lo más cercano a una "patología de la vida cotidiana" o *patología psicosocial* (Pérez Sales, 2007). Diversos estudios han señalado en nuestro medio prevalencias del 25-29% de patología mental en AP de salud (Buitrago et al 1999). No obstante el trastorno adaptativo NO ha sido incluido en ninguno de los grandes estudios de epidemiología psiquiátrica (Pérez, 2007).

El trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos limítrofes entre patología y normalidad más frecuentemente usados tanto en atención primaria como en dispositivos de salud mental. Se considera poco adecuado dicho diagnóstico, ya que podría sugerir, que se trata de un déficit del paciente para adaptarse a una situación, que podríamos valorar como patógena y por tanto, sin sentido el exigir a alguien que tenga que adaptarse a ella (Buitron et al, 2011). La realidad es que su sintomatología es indefinida y se superpone con otras entidades, lo que implica que se trata de un trastorno con importantes problemas de fiabilidad y validez, por ello no deja de ser preocupante en este contexto sanitario su uso (Pérez, 2007), pues las implicaciones posteriores para la víctima de APT son importantísimas pues por un lado se desvirtúa y disminuye la gravedad de su cuadro, banalizando su tratamiento médico, psicológico y farmacéutico, y por el otro, estigmatiza y culpabiliza de nuevo a la víctima, proceso de doble victimización (no es un problema laboral sino que su diagnóstico es por su propia inadaptación socio-laboral.)

La banalización y poca objetividad de este diagnóstico ocasiona incredulidad en la víctima, pues la vaguedad conceptual de la descripción de la sintomatología, *presencia de síntomas emocionales universales ante experiencias estresantes de la vida cotidiana*, tanto en el DSMIV-TR (APA,2003) "*malestar subjetivo mayor de lo esperable, acompañados de alteraciones emocionales que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o aun acontecimiento vital estresante*", como en el CIE-10 (WHO, 1992) "*o síntomas de cualquier otro trastorno que no revisten suficiente gravedad para recibir el correspondiente diagnóstico de ese trastorno*" conlleva incertidumbre y una forma "sui generis" de diagnóstico "no estigmatizante". Así para quienes defienden tanto un modelo "salutógeno" del ser humano, esta vaguedad comporta el cuestionamiento sobre su mera existencia y planteamientos sobre el uso y funcionamiento social de la psiquiatría, como para los defensores de un "modelo psicologizante", lleva a incertidumbre sobre sus límites, su prevalencia o posibles formas de tratamiento óptimo, bases del acto médico.

Tanto para el DSMIV-TR (APA, 2003) como la CIE-10 (WHO, 1992) el trastorno adaptativo es un fenómeno dependiente del estrés (debiendo tener por tanto un origen identificable) pero se carece de una lista de síntomas, de ahí que exista una tendencia social contemporánea que entiende que se convertirían en problemas psiquiátricos la ausencia de una vida gratificante, las disputas con las personas del entorno o los conflictos laborales, convirtiéndose en enfermedad (y por consiguiente en problema individual a dirimir en la intimidad de la consulta) lo que antaño eran las diferencias habituales con el grupo natural, los reveses esperables de la vida o los problemas sindicales o colectivos. En resumen una intolerancia a las emociones negativas y una medicalización de la vida cotidiana ante cualquier forma de sufrimiento. No obstante, y como es obvio, tal y como hemos defendido en este trabajo el mobbing es otra cosa, más grave con daño psíquico crónico, con lesiones y secuelas psicológicas, físicas, sociales, conductuales, cognitivas importantes, con un riesgo nada despreciable de intentos autolíticos, autoagresiones o suicidios.

Así los diferentes estudios expuestos, demuestran que a más tiempo de hostigamiento psicológico más complejos, crónicos y comórbidos son los procesos. Según De Rivera (2011) los signos y síntomas de primer rango más característicos en los síndromes de acoso no son signos característicos de trastornos adaptativos, sino más bien de sufrir un trauma y serían:

- a. La presión focalizada del pensamiento, que se evidencian en la necesidad de contar con experiencias traumáticas hasta el punto de volverse monotemático, con gran desesperación de sus familiares, amigos y conocidos.
- b. Los recuerdos obsesivos, que alteran al individuo hasta tal punto que pueden llegar a producir accesos de angustia, rabia, y/o llanto. En ocasiones, estos actos emocionales se producen sin que el sujeto llegue a darse cuenta de la causa subyacente, o en reacción a alguna circunstancia del entorno que les recuerde.
- c. El temor al lugar de trabajo y a todo lo que le puede recordar los acontecimientos estresantes y los conflictos que en él tuvieron lugar.
- d. Dificultades de concentración, con pérdida subjetiva de memoria, distractibilidad, sensación de estar como ido.

La quinta cuestión es ¿porqué los MAP no diagnostican los trastornos característicos del APT, descritos por numerosos autores y recogidos en este trabajo, como F43.1 Trastorno de estrés postraumático F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada, F32.1 Episodio depresivo moderado, o F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos? ¿Por desconocimiento? ¿Por falta de tiempo en la anamnesis? ¿Por qué?

Los síntomas, síndromes, y cuadros o categorías diagnósticas por los que suelen atravesar las víctimas de APT, se interrelacionan con los estadios, fases, estados y, etapas, descritos por De Rivera (2011). En sus estudios de maltrato psicológico. Estos síntomas son altamente inespecíficos y pueden formar parte de cualquier cuadro psicológico/psiquiátrico sin por ello suponer su categorización como trastorno. Todo ello unido al enmascaramiento con que se presentan, el momento temporal, la cultura del contexto, si se visualizan detrás encubriendo el motivo principal de consulta por el que la víctima acude a los profesionales, o provocando uno o varios problemas físicos, dificultan el proceso diagnóstico, jugando los factores intraindividuales y las barreras extraindividuales un papel importante en el recorrido de la sanación, aceptación, afrontamiento, mejoría y en la provisión y elección de servicios, recursos y, remedios, que la víctima recibe.

Este proceso ocasiona que los estadios evolucionan adoptando diversas formas, de ahí la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial claro, pues el paso entre estadios es rápido o el salto entre estadios no es detectable pero en la práctica es elocuente, pues la víctima la mayoría de veces, no sabe que le pasa o sabiéndolo no sabe como explicarlo pues no comprende porqué le ha pasado, porqué ha sido atacada por otro/s seres humanos. Es en el estadio de desconcierto cuando la

víctima es consciente de su estado, pues el desgaste mental de defensa, de autoafirmación es alto es en este punto, y es cuando las víctimas acuden a pedir ayuda sanitaria y, obtener posteriormente una respuesta a su situación personal, laboral, etc.

En su conjunto, y si la intensidad de la sintomatología altera el funcionamiento cotidiano del afectado, se pueden identificar como manifestaciones del llamado "trastorno de estrés por coacción continuada" (*prolonged duress stress disorder - PDSD*), el cual adopta los mismos síntomas que el TEPT (Scott y Stradling, 1994; Gilioli et al, 2006; Hansen et al 2006, Kreiner et al, 2008; Bonafons et al, 2009). Así de entre estos problemas psiquiátricos, muchos trabajadores acosados en su lugar de trabajo presentan sintomatología de carácter postraumático, como es la reexperimentación de la situación de acoso, sintomatología ansioso-depresiva, somatizaciones, irritabilidad, apatía, déficit de atención, falta de autoestima, fobia social, problemas de sueño, pesadillas y desconfianza hacia el entorno, indicadores todos ellos que sugieren una sintomatología propia del TEPT (Leymann, 1992; Nield, 1996; Vartia, 1996; Einarsen y Raknes, 1997; Mikkelsen y Einarsen, 2002). No obstante no se cumplen todos los criterios diagnósticos de esta última nosología (especialmente no se cumple el criterio A1 del DSM-IV-TR).

Por otro lado en relación con el trastorno depresivo mayor, aunque es una de las causas de consulta más frecuente en AP, como hemos visto, el MAP diagnostica bajo otra entidad diagnóstica (Fernández et al, 2007). Ni el TEPT ni TDM son diagnosticados por los MAP, en cambio los trastornos neuróticos de ansiedad sí.

La cuarta cuestión ¿es un problema económico y de gestión su actuación?

Según el informe de Araña et al (2008a) para poder comprender la actuación de los MAP es interesante comparar la situación sanitaria de España en su conjunto. España está a la cola de la Unión Europea de los 15 en gasto sanitario por habitante (con 2.099 \$ USA, unos 1.713,5 €), con un número muy reducido de profesionales sanitarios por mil habitantes, lo que implica: consultas masificadas, una duración de las consultas demasiado corta (Deveugele et al, 2002), con apenas siete minutos de media, frente a los quince de Bélgica o Suiza, problemas de formación a nivel de salud mental en el personal sanitario (Latorre et al, 2007), lo que conlleva que el infradiagnóstico y errores diagnósticos de los trastornos mentales en AP sean más elevados.

En conclusión ¿porqué los MAP tienen dificultad para establecer un diagnóstico diferencial plausible y no modifican su orientación diagnóstica inicial?

Se presupone, que una persona se acerca al trabajo en buenas condiciones físicas y psíquicas, sucediendo que enferma en ese contexto. El "trastorno mental" se inicia en la insatisfacción laboral cuando el *estrés*, como sistema de regulación biológico, ante el entorno laboral se ha hecho disfuncional (Fernanda, 2004). El tipo de trabajo, la exigencia, el rol en la organización de empresa, la solicitud de urgencia e inmediatez, el trabajo en equipo disfuncional, la modificación continua de funciones, las reestructuraciones de plantilla y funciones, exigen, no ya un tipo de perfil personal, sino una constancia de funcionamiento personal que se piensa, puede llegar a exceder las capacidades de adaptabilidad "realistas" de las personas (NTP 349 y NTP 438, ISNT). El estrés corresponde a una reacción física y psicológica ante un estímulo excesivo. Estar expuesto, constantemente, a una situación de tensión puede ocasionar daños mentales y fisiológicos (Ribé et al, 2011).

Los trastornos, que suelen diagnosticarse con más frecuencia tal como hemos visto son los "*trastornos de ansiedad reactivos al contexto laboral*", los *mixtos* y los de características *somatomorfas*. Estos, suelen codificarse prioritariamente, según las

clasificaciones al uso, como trastornos adaptativos. Se considera poco adecuado dicho diagnóstico, ya que podría sugerir, que se trata de un déficit del paciente para adaptarse a una situación, que podríamos valorar como patógena y por tanto, sin sentido el exigir a alguien que tenga que adaptarse a ella (Ribé et al, 2011). Es imprescindible definir bien la fenomenología de estos "trastornos" (Fernández y Garrido, 2002). De sus descripciones clínicas, se extraerán las formas de entender y tratar dichas dificultades, sin acarrear más daños que los propios del ámbito laboral.

El *mobbing* tiene la característica de ser la consecuencia de una interacción social negativa, en la que el trabajador (no necesariamente conflictivo, ni difícil) que resulta objeto del mismo se ha convertido en alguien que, por alguna razón, resulta amenazante para el grupo (jefe, compañeros...) que le hostiga. A veces se acepta que el *mobbing* pueda ser el resultado de un conflicto. Se plantea además la duda, de si ese conflicto se debe al carácter de las personas implicadas o si, por el contrario, es una consecuencia de la misma estructura del medio laboral (Ribé et al, 2011). No todos los conflictos degeneran en un acoso. También son necesarios otros factores, como una deshumanización de las relaciones laborales, la omnipotencia de la empresa y la complicidad con los individuos perversos que van tras la víctima (Hirigoyen, 2001). A menudo, quienes presentan este síndrome, expresan sueños traumáticos rememorativos, aparición de ansiedad y pánico al recordar las situaciones vividas en el ámbito laboral o al aproximarse geográficamente, incluso, al lugar de trabajo, medio de transporte utilizado para ir a trabajar... En base a ello, se piensa, que este tipo de síndrome, sí fuera conveniente tipificarlo como un auténtico TM (Ribé et al, 2011). Según los parámetros DSM, podría calificarse como TEPT. Al igual que en el síndrome de aburrimiento insoportable en el trabajo o *bore out*, se tiende a pensar que las personas que padecen de acoso laboral son más bien débiles o poco trabajadores. Queriendo desmontar algunos falsos mitos, tomando como punto de apoyo la casuística y otras fuentes acerca de este síndrome, en general puede confirmarse que suele acontecer en personas muy capaces y con alto rendimiento en su trabajo (Ribé et al, 2011).

El trauma que provoca este conflicto en las víctimas de APT y su resolución, o como mínimo la no afectación crónica del mismo, deberían de ser valoradas desde su inicio por médicos especialistas en medicina de trabajo, pues si no se adoptan desde un primer momento medidas preventivas en el ámbito laboral, las víctimas acaban desarrollando una serie de cuadros patológicos que pueden provocar enfermedades y trastornos graves físicos, y en especial mentales. Estos cuadros adoptan diversas formas, de ahí la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial, pues la víctima la mayoría de veces, no sabe que le pasa o sabiéndolo no comprende porqué le ha pasado, porqué ha sido atacada por otro/s seres humanos (Peña et al, 2011)

Patrón diagnóstico de los Psiquiatras

En Psiquiatría de acuerdo con el vigente modelo categorial, que reconoce que muchos síntomas psiquiátricos son inespecíficos o transversales (aparecen en diferentes patologías), y dimensionales (muchos síntomas están presentes en múltiples enfermedades mentales o no puede valorarse el grado de su gravedad), las enfermedades que están descritas entre las indicaciones autorizadas de las ficha técnicas de los medicamentos plantean un problema, pues la terapéutica psiquiátrica más que nosológica es sintomática (Medrano et al, 2009). La endeblez de la noción enfermedad mental y sus diversas variantes ha sido criticada por estar sujeta a múltiples interpretaciones y resultar condicionada por el profesional en salud mental. No obstante para intentar solventar estos problemas autores estadounidenses propugnaron para poder emitir un diagnóstico de enfermedad

psiquiátrica debería cumplirse necesariamente una serie de síntomas que se recogían como ítems. Así nació la clasificación DSM-III de la Asociación Psiquiátrica Americana, que en el año 2000 publicó su DSM-IV. Este modelo de categorización de enfermedades es el que se ha impuesto no sólo para facilitar el estudio farmacológico sino que las mutuas y compañías de seguro necesitaban de una clasificación de diferentes trastornos susceptibles de atención psiquiátrica. Aunque su éxito es innegable, el progresivo incremento de trastornos en las sucesivas ediciones del DSM-IV no se ha traducido en una mayor fiabilidad del sistema (Medrano, 2009).

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en AP resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a AE cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran (GuíaANS, 2008). En España los escasos estudios de prevalencia del TAG son poblacionales y en el contexto de la AP. Sin embargo, no se conocían a nivel nacional la prevalencia clínica del TAG en consultas ambulatorias de SM (Caballero et al, 2008).

El estudio LIGANDO (Caballero et al, 2008 y 2009) se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia nacional y por sexo del TAG en consultas ambulatorias de SM, así como los motivos por los que acudieron al menos un 1% de los 20.347 pacientes a estas consultas. De entre los 7 motivos de consulta, los motivos más frecuentes por los que acudieron los pacientes sin TAG a la consulta fueron los trastornos de depresión (26.7%) seguidos de los síntomas de ansiedad (18.2%).

Así el motivo más frecuente por el que acudieron los pacientes a la consulta de SM fueron los trastornos de depresión, lo cual confirma los resultados de la mayoría de estudios en ámbitos asistenciales de SM que indican que la depresión es el TM más común seguido del de ansiedad (Haro et al, 2006). Esta actuación puede ser debida a que los psiquiatras tienden a condicionar su impresión subjetiva de gravedad de una depresión por la intensidad de los síntomas incluidos bajo el epígrafe de «melancólicos». Esta impresión es la razón por la que su tendencia sea considerar a un paciente tanto más grave cuanto más «melancólico» lo perciben y no tanto si están ansiosos (Ramos et al, 2009). Es de reseñar la alta derivación de la depresión, pues aunque la depresión mayor es una de las causas de consulta más frecuentes en AP, los MAP derivan a otros especialistas estos pacientes ante la dificultad de su tratamiento, seguimiento (Fernández A, et al, 2006).

Los autores posteriormente analizaron los motivos de consulta separados según presencia o ausencia de TAG. La causa más frecuente por la que consultaron los pacientes con TAG fue trastornos y/o síntomas de ansiedad con un 71.4% de los pacientes, seguido por trastornos de depresión con un 9.7% de los pacientes. Entre los pacientes no diagnosticados de TAG, los trastornos y/o síntomas de ansiedad supusieron un 9.9%, siendo el motivo más frecuente los trastornos depresivos (29.5%).

Del estudio podemos destacar que la prevalencia del TAG en consultas ambulatorias de SM es superior a los observados en AP alcanzando el 13.7%, superior a los observados en AP. La prevalencia significativamente mayor de TAG en las mujeres que en los hombres (15.4 frente a 11.3%, respectivamente) hasta los 55 años, haciéndose similar en ambos sexos a partir de esta edad. Igualmente hubo diferencias significativas por edad, de modo que los grupos con mayor prevalencia eran los de 25 a 34.9 años y de 35 a 44.9 años (15 y 15.5%, respectivamente,

para ambos sexos en conjunto), presentando el grupo de edad de 65 años la menor prevalencia (9.3%). Entre los pacientes con TAG, los síntomas propios sólo suponen dos tercios de las consultas; es decir, casi uno de cada tres pacientes consulta por un motivo distinto al de su diagnóstico.

Estos datos sugieren que en España hay mayor acceso a los servicios de SM que en otros países para los pacientes afectados. Muy probablemente dicen los autores que los pacientes que no están bien controlados son referidos al ámbito de la psiquiatría, que recibe los casos más graves y los refractarios al tratamiento. Este resultado también puede reflejar el hecho de que en AP no se diagnostican todos los casos que se presentan; en muchas ocasiones la somatización y comorbilidad de los pacientes con TAG, podría dar lugar al infradiagnóstico de su prevalencia en AP. Es importante resaltar que dentro de los pacientes con TAG, debido a su gran comorbilidad, casi un tercio consulta por un motivo diferente a su diagnóstico. Finalmente, es importante resaltar que los pacientes que visitan al psiquiatra sin diagnóstico previo de TAG un 10% lo padece y consulta por los síntomas característicos de este trastorno y que, por tanto, era desconocido antes de ese momento en AP.

En relación a los resultados de nuestro estudio, los psiquiatras que atendían a las víctimas de APT utilizaron entidades diagnósticas que se ven claramente diagnosticadas y son coincidentes con el estudio LIGANDO de Caballero et al (2008 y 2009). Si realizamos el sumatorio de los % de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos de adaptación, trastornos psicopatológicos inespecíficos alcanzan el 75% del total. El resultado obtenido de nuestro estudio siguiendo los mismos criterios alcanzaría el 73.3% del total de diagnósticos (La evolución clínica de esta personas presenta una serie de trastornos que definen el sufrimiento que padecen, tales como el TEPT, TAG con sintomatología somática variada, el TDM, los episodios psicóticos, generalmente con síntomas paranoides o las alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño).

El uso de servicios especializados en salud mental muestra por tanto grandes diferencias en función de la práctica médica habitual y de la organización del sistema de SM. En el Reino Unido la AE se ocupa fundamentalmente de TMG (psicosis), mientras que en España atienden básicamente trastornos de ansiedad y depresión. De ahí que su coste en todos los países es más alto, en el estudio de Thomas y Morris (2003), los servicios especializados (atención de día y ambulatoria) representaron el 6.1% de los costes directos, frente a un 2.2% de los costes de atención primaria. En 2004, la hospitalización representó a Inglaterra el 7.7% de los costes directos (Thomas y Morris, 2003), o el 10% en el estudio de McCrone y colaboradores para el año 2007 (McCrone et al, 2008). En Suecia, los costes de la hospitalización en el año 2005 correspondieron al 6,9% de los costes directos (Sobocki et al, 2007).

Finalmente, en el estudio ESEMeD (2004) se informa que la tasa de consultas efectuadas por personas con depresión (depresión mayor y distimia) era del 60.4%, en un punto medio-alto entre las tasas de los Países Bajos (71%) y Bélgica (62.4%) que se sitúan por encima, y las de Francia, Alemania e Italia, que se sitúan por debajo. Sin embargo, la proporción entre visitas al médico de cabecera y psiquiatras era la más reducida de los seis países de Europa occidental analizados, lo que apuntaría un exceso de visitas a la atención especializada. Además, la proporción entre visitas de psiquiatra y psicólogo muestra diferencias importantes entre los Países Bajos, donde la mayoría de consultas especializadas son efectuadas por psicólogos (un 64.8%, frente a un 25.5% de consultas efectuadas por psiquiatras, respecto al total de consultas), y España, donde la mayoría de consultas especializadas son efectuadas por psiquiatras (un 43.8% del total) (Kovess-Masfety et al, 2007). Esto no sólo se traduce en un alto consumo de

recursos, sino también en un posible uso inadecuado de estos recursos en España. Las variaciones de la práctica médica en cuanto a la hospitalización por trastornos depresivos también se constatan entre diferentes comunidades autónomas de España (Aizpuru et al, 2008).

Esta orientación diagnóstica que nuestro estudio detectó es coincidente con otros estudios, que valoran conflictividad laboral o personas afectadas por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, cuando tras llevar a cabo la valoración estructurada por el especialista en psiquiatría o psicólogo se modificó el diagnóstico establecido por los MAP (reasignación de diagnóstico):

➤ El objetivo del estudio de González-Torrecillas et al (2011), fue demostrar que una parte importante de pacientes diagnosticados de patología psiquiátrica y conflictividad laboral (un 85 % diagnosticados en partes de baja por su MAP como trastorno adaptativo ansioso depresivo: F43.22 según criterios CIE-10), no padecerán dichos criterios diagnósticos psiquiátricos tras su valoración psiquiátrica. Así, tras su nueva valoración, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas pues al 76.9 % de los casos se modificó el diagnóstico incorporándose al diagnóstico inicial (trastorno adaptativo en el Eje I de la CIE-10) el de rasgos premórbidos de personalidad en su Eje II en un 36.5% de los pacientes, o diagnosticando en su Eje I un trastorno de personalidad en un 21,2%, un trastorno de somatización en un 15.4% y un trastorno de simulación en un 3.8%. Pude observarse como las frecuencias de somatizaciones y simulaciones son similares en ambos grupos. Las diferencias resultaban significativamente más elevadas en relación al grupo de pacientes sin conflictividad laboral el hecho de haber mantenido el diagnóstico inicial de forma superior en el grupo sin conflictividad laboral (44.7 %) en relación al grupo con conflictividad laboral (23.1 %).

Para obtener este resultado fue necesario una visita en el 56% de los pacientes, dos visitas en el 25 % de los pacientes, y tres o más visitas en el 19% de los pacientes, con un promedio de seguimiento de 33.5 + 18.6 días, y siendo realizadas las pruebas complementarias indicadas (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, Inventario Multiaxial de Millon, Inventario Estructurado de Simulación de síntomas, etc.)

➤ El trabajo realizado por Carrión (2007) en su tesis doctoral donde sobre un total de 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, destaca la presencia de una sintomatología manifiesta de APT que el MAP diagnóstico, esta orientación fue reasignada por un psicólogo. El % de secuelas psíquicas va desde el 84.2% al 100%. El 100% de los casos presentan Angustia, Ansiedad, Bajo estado de ánimo y labilidad emocional. El 92.1% presenta Soledad/Aislamiento, Apatía, Desconfianza e Inseguridad/Baja Autoestima. En el 89.5% los síntomas son Desmotivación y Fallos de Atención/Memoria, respectivamente. En el 84.2% presentan Miedo y el 65.8% presenta Irritabilidad. Un 47.4% tienen pérdidas de control y "sólo" el 44.7% manifiesta Culabilidad.

Los Trastornos del sueño (81.6%) y las Dificultades respiratorias (73.7%) son los síntomas físicos con mayor ocurrencia. La sintomatología somática (dolores osteomusculares, taquicardias, problemas digestivos, arritmias) varía desde un 39.5% hasta un 18.4%. De acuerdo con esta sintomatología y el DSM IV el 100% de los casos presentan trastornos depresivos y problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica. Más del 90% presentan Factores psicológicos que afectan al estado físico, trastorno de angustia sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada. El resto de los diagnósticos se incluyen en esta tabla:

En conclusión, en este estudio el 52.6% de los casos han sido reasignados como Trastorno depresivo. En el 13.2% de los casos el diagnóstico se ha mantenido como

Trastorno de ansiedad y Síndrome ansioso-depresivo, respectivamente. En el 7.9% se reasigno como Trastorno depresivo por accidente/enfermedad y Estrés, respectivamente. El 2.63% muestra un diagnóstico por Histeria y Contingencia común, respectivamente (Figura 23. Diagnósticos de los pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral en %.)

Patrón de prescripción

Las personas afectadas de *conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral (hostigamiento psicológico en el trabajo)* no disponen de un reconocimiento jurídico como enfermedad profesional o accidente de trabajo frente a estos comportamientos, pasando a estar considerada como enfermedad común, siendo atribuible su conflicto a la propia personalidad de la víctima, y no como causa externa a ella incluida en la esfera laboral, siendo atendidas por tanto por profesionales sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria y no por profesionales de las unidades de salud laboral, especialistas en medicina del trabajo.

En este contexto de asistencia comunitaria, la intervención del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar de atención a las personas afectadas de APT se constituye en esencial, demandada incluso por las propias asociaciones de víctimas de acoso laboral, escolar y sexual, pues estas personas son consideradas por los profesionales que les atendieron como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico causado por el hostigamiento psicológico sistemático y continuado, siendo el tratamiento medicamentoso en general, la opción más utilizada tanto por el MAP, como por los psiquiatras.

Para realizar este tratamiento estos profesionales disponen de un arsenal de medicamentos muy variado, suministrado por los laboratorios farmacéuticos autorizados para su comercialización y una vez han sido aprobados por las autoridades sanitarias, tras cumplir con los criterios de seguridad, eficacia y calidad, de acuerdo con los resultados procedentes de los ensayos clínicos, que garantizan su empleo para la-s indicación-es aprobada-s. La importancia, la influencia y el impacto social de estas compañías es extraordinaria. Un acto médico que no finalice con la prescripción de un medicamento se percibe como infravalorado y dudoso. No obstante, las preguntas que las personas afectadas por acoso laboral en particular, aunque extensible en muchas ocasiones a la población en general, se hacen es si eso es lo más razonable:

¿Por qué tengo que tomar medicamentos?

¿Por qué una vez diagnosticado se me instaura una pauta terapéutica de forma crónica, si yo no tengo un problema psicológico?

¿Por qué me cambian la medicación?

¿Por qué tengo efectos no deseados cuanto tomo esta medicación?

¿Por qué se duda de que no tome la medicación, cuando no veo ninguna mejoría?

En definitiva, ¿porqué se me está estigmatizando y culpabilizando de mi situación?

Lo que el paciente trasmite en cuanto a la medicación es que la larga duración del tratamiento, el retardo en el comienzo de su efecto, la falta de confianza en el médico prescriptor y en la efectividad de la medicación, los efectos adversos, la ausencia de información y conciencia de la enfermedad y el estigma social al que tienen que enfrentarse son factores que contribuyen a que abandone el tratamiento antidepressivo antes de lo establecido, debido posiblemente a un desconocimiento o, en otros casos, a una mejoría de su estado de ánimo (Oller et al, 2011). Las consecuencias del abandono de la medicación tienen una gran relevancia no sólo en la calidad de vida del enfermo, sino también en el control del gasto que supone tratar una enfermedad, que en ocasiones exigen que el tratamiento se prolongue a lo largo de toda la vida. Por tanto, en estas situaciones los esfuerzos deberán centrarse no sólo en medir y caracterizar el incumplimiento terapéutico, sino en introducir programas e intervenciones que aumenten las tasas de adherencia y como consecuencia mejoren los resultados en salud (Oller et al, 2011).

Así la bibliografía encontrada muestra que la mayoría de los tratamientos indicados desde AP son los farmacológicos, y en general, la percepción es que existe un exceso de medicalización (Martín, 2007). Parece que muchos médicos prescriben antidepressivos a sus pacientes sin haber realizado un buen diagnóstico y eso lleva a un exceso de medicalización, con consecuencias negativas tanto para el paciente como para la sociedad por los gastos que conlleva (Vedia et al, 2005 y Aragonés et al, 2001 y 2006).

En cambio frente a la actitud, cuestiones, preguntas y dudas de las víctimas de APT, el especialista, MAP o psiquiatra, se plantean otras preguntas:

- ¿Existe algún medicamento seguro y eficaz para el tratamiento de la depresión mayor leve, moderada o grave o del trastorno por estrés postraumático?
- ¿Hay algún medicamento "mejor" o "más seguro" que otro en el tratamiento de la depresión mayor o del TEPT?
- ¿Cuál es el tiempo de espera para valorar la efectividad de un medicamento?
- ¿Cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento medicamentoso tras la remisión del cuadro depresivo o del trauma?
- ¿Qué hacer cuando aparecen más efectos adversos que beneficios en un paciente?
- ¿Qué estrategias farmacoterapéuticas están indicadas en la depresión resistente?

Otros aspectos que repercuten en la decisión de los MAP los podemos encontrar en la exploración de las preferencias del paciente, la continuación del tratamiento tras la respuesta a la fase aguda, la consecución rápida de una mejoría clínica o la no necesidad de modificar la pauta terapéutica inicial, se han mostrado como determinantes (Sanz, 2011). El objetivo por tanto del MAP será el *Aumento del cumplimiento terapéutico* para alcanzar la remisión del paciente, ya que se ha observado que los cumplidores presentan menor morbilidad, menor incapacidad laboral y no consumen tantos recursos sanitarios y no sanitarios. Como ejemplo citaremos una intervención basada en una actuación educativa realizada por farmacéuticos (Rubio et al, 2009).

Por otro lado, el estudio de la medicación prescrita a las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral, conllevó a profundizar la situación de este colectivo en nuestro país y obtener experiencias y conclusiones sobre el uso de medicamentos para este colectivo frente a otras terapias. Así en España, entre los individuos que sufren algún TM, el tipo de tratamiento recibido en los últimos doce meses con mayor frecuencia es la farmacoterapia con un 35.3% como terapia única y un 29.4 como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica, mientras que sólo el 4.5% de pacientes recibió tratamiento psicológico como terapia única (Codony et al, 2007). No obstante, existen pruebas o "evidencia" emergentes que indican que la larga duración de la depresión padecida o la psicosis como consecuencia de un infra o no conveniente tratamiento, son un indicador que predice los peores resultados en el TM. En este sentido, se ha descrito que hasta un 30-50% de los pacientes con depresión mantiene su sintomatología a pesar de estar medicados (Rush et al, 2006). La pregunta a resolver será ¿la solución a las lesiones y secuelas psíquicas de estas personas es medicalizar el mobbing? Para dar respuesta a esta pregunta se publicó un artículo en el capítulo 29 de Peña et al (2011) cuyo autor es el presente doctorando.

Frente a otras patologías, donde existen parámetros y valores de referencia objetivos habrá que considerar siempre cuál sería la relación "riesgo/beneficio" de tratar la enfermedad con psicofármacos, frente a no tratarla, y no pensar solo en los posibles efectos adversos ligados a los psicofármacos, exactamente igual que cuando nos planteamos cómo abordar cualquier enfermedad grave de carácter no psiquiátrico (Medrano, 2004) pero ¿porqué esa variabilidad? Una posible respuesta la encontraríamos en la influencia de la herencia.

Cuando hablamos de que en los rasgos físicos de una persona el peso de los genes es fundamental nos parece obvio, pero aceptar que hay evidencias científicas que indican que la herencia juega un papel determinante en las psicopatologías cuesta más y, sobre todo en profesionales sanitarios. Pero afirmar que nuestra felicidad también viene marcada por la genética⁶ (Moix, 2010) es muy difícil de digerir, la creencia más extendida y aceptada es que se trata de un proceso de adaptación y de gestión de las vicisitudes cotidianas en la cual la personalidad, la inteligencia y el optimismo juegan el rol decisivo. Consecuentemente, la genética se convierte en uno de los caballos de batalla de los MAP y psiquiatría, pues a la dificultad de encontrar el medicamento adecuado dentro del arsenal terapéutico actual, se une la no respuesta al tratamiento o tratamientos asignados, la dispersión de la respuesta, la modificación de la posología, los efectos secundarios derivados de la medicación, por tanto se hace más necesario que nunca avanzar en pruebas genéticas que puedan predecir la respuesta farmacológica en patologías psiquiátricas⁷ (Moix, 2010), iniciando así una nueva prestación sanitaria la farmacogenómica.

El acto médico de cualquier profesional sanitario finaliza cuando instaura un tratamiento lo más objetivo y eficaz que considera para resolver la sintomatología asociada a la patología que sufre el paciente. No obstante, en Psiquiatría de acuerdo con el vigente modelo categorial, que reconoce que muchos síntomas psiquiátricos son inespecíficos o transversales (aparecen en diferentes patologías), y dimensionales (muchos síntomas están presentes en múltiples enfermedades mentales o no puede valorarse el grado de su gravedad), las enfermedades que están descritas entre las indicaciones de las ficha técnicas de los medicamentos plantean un problema, pues la terapéutica psiquiátrica más que nosológica es sintomática (Medrano et al, 2009). La endeblez de la noción enfermedad mental y sus diversas variantes ha sido criticada por estar sujeta a múltiples interpretaciones y resultar condicionada por el profesional en SM. No obstante para intentar solventar estos problemas autores estadounidenses propugnaron para poder emitir un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica debería cumplirse necesariamente una serie de síntomas que se recogían como ítems. Así nació la clasificación DSM-III de la APA, que en el año 2000 publicó su DSM-IV (Medrano, 2004). Este modelo de categorización de enfermedades es el que se ha impuesto no sólo para facilitar el estudio farmacológico sino que las mutuas y compañías de seguro necesitaban de una clasificación de diferentes trastornos susceptibles de atención psiquiátrica. Aunque su éxito es innegable, el progresivo incremento de trastornos en las sucesivas ediciones del DSM-IV no se ha traducido en una mayor fiabilidad del sistema (Medrano et al, 2009).

La industria farmacológica se ha adaptado perfectamente a que los ensayos clínicos se orienten a demostrar la eficacia y seguridad de los fármacos en enfermedades, y no en síntomas de acuerdo con la FDA (Shorter, 2003). De esta manera, un principio activo efectivo en síntomas inespecíficos y transversales, como la depresión, la ansiedad, o la psicosis, se convierte en útil en los múltiples "trastornos" en que existan esos síntomas. Si lo aplicamos a la normativa de la regulación farmacológica, habrá que realizar ensayos clínicos en el mayor número

⁶ En concreto un estudio de personalidad / genética de Klaus-Peter Lesch de la Universidad de Würzburg, consistente en la entrega de más de 500 cuestionarios de personalidad a un grupo de voluntarios en los cuales uno de los aspectos evaluados era determinar el rasgo de su ansiedad (si eran personas nerviosas o tranquilas), y a la vez se analizaban sus genes, concretamente un gen responsable del transporte de serotonina (neurotransmisor fundamental para inhibir el enfado), observaron que las participantes con rasgos de personalidad más ansiosos, disponían de una versión más corta del gen, mientras los más tranquilos portaban el gen más largo. La conclusión de que este gen puede determinar la ansiedad sin que podamos hacer nada no puede extrapolarse ni deducirse tranquilamente, pero sí que podría servir para asumir que estas tendencias genéticas individuales nos sirva para relativizar la angustia y entendernos mejor, dando una visión de nuestra vida más humana y comprensiva, y ayudar al médico en su decisión terapéutica. El País Semanal 2011.

⁷ La empresa AB Biotics cuenta con una prueba (test de saliva o sangre) que permite predecir la eficacia de un fármaco en trastornos mentales (esquizofrenia, depresión, epilepsia y trastorno bipolar) analizando 35 genes y 98 variaciones genéticas

posible de trastornos, al objeto de recibir todas las autorizaciones posibles (Medrano et al, 2009). De hecho, cada molécula suele ser *ensayada* simultáneamente en varios ensayos multicéntricos para demostrar su efectividad en trastornos con un eje común, como ansiedad o depresión. Se multiplican así los ensayos, aumentan los costes y se produce un menor interés por abrir nuevas vías de investigación psicofarmacológica en tanto no se agoten todos los "trastornos" en que puede ser eficaz un producto. Paradójicamente, pese a su proliferación, estos estudios no evalúan de forma satisfactoria la seguridad o eficacia de los fármacos, y los ensayos postcomercialización desvelan con frecuencia riesgos que no pudieron apreciarse en la investigación clínica (Medrano et al, 2009). En los EEUU, y en la esfera internacional, esta circunstancia ha levantado críticas a la labor de la FDA, de la que se dice que debido a la presión de los fabricantes y a la limitación de tiempo es incapaz de revisar con profundidad la documentación de los nuevos medicamentos (Okie, 2005; Horton, 2004).

Para un medicamento, las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado, son las citadas explícitamente en su ficha técnica, donde esta contenida la información oficial tanto sobre las indicaciones aprobadas y aceptadas por el Ministerio de Sanidad, para las que se considera establecida una relación beneficio-riesgo favorable, como sobre el tipo de pacientes al que va dirigido (Montero, 2009). Pero en el caso de medicamentos cuyas indicaciones van dirigidos a tratamientos psiquiátricos, las características de su autorización a lo largo del tiempo ha sido dispar (Medrano, 2004). Los medicamentos comercializados en los últimos diez o quince años están autorizados para trastornos o enfermedades concretas, mientras que los medicamentos más antiguos, en tanto no se revisen sus fichas técnicas, están autorizados de forma inespecífica, y en lenguaje obsoleto, para la categorización actual, ya sea en entidades y conceptos de límites más vagos, ya sea en síndromes, ya sea, en grupo de enfermedades, pero no se refieren en absoluto a las categorías diagnósticas tal como las entendemos hoy en día, según los criterios establecidos en la DSM-IV (Medrano, 2004). Esta disociación evidencia que la AEMPS ha adoptado el modelo impuesto por la FDA de aprobar nuevos fármacos para el tratamiento de enfermedades específicas y no en síntomas (Medrano et al, 2009).

No obstante, es evidente que los diversos principios activos que han sido autorizados en una determinada indicación tras haber demostrado su efectividad, eficacia, seguridad, en sus correspondientes ensayos clínicos no son, ni tienen porqué ser idénticos al igual que los demás principios activos, en cuanto a su actividad, farmacocinética, tolerabilidad, y que obviamente como se han probado para un síntoma transversal, no pueda utilizarse solamente para una enfermedad (Medrano, 2004). Por consiguiente la opción del tratamiento farmacológico y la selección del medicamento concreto dependen de múltiples factores: experiencia del psiquiatra con cada fármaco, población atendida, comorbilidad, intensidad psicopatológica, nuevos productos, analogía clínica o bioquímica (Medrano, 2004). El prescriptor por tanto debe prestar atención a estas características a la hora de seleccionar un fármaco, pero ante la dificultad de una elección adecuada para facilitar su labor han aparecido guías y protocolos, amparadas y respaldadas por diversas Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dependientes del Ministerio de Sanidad o de las Consejerías de Sanidad de las CCAA las elaboran conjuntamente, o también por sociedades profesionales que representan la referencia más tangible de la evidencia clínica y representan una cobertura para el prescriptor en su labor diaria y frente a las repercusiones legales (Guías MSSSI, 2008)

Finalmente es necesario recordar que la Guía (Álvarez et al, 2009) informa que conocer el tratamiento que recibe (o ha recibido) un paciente es útil a la hora de valorar el grado de afectación de un paciente. Así las variables o los aspectos

relevantes de la terapéutica psiquiátrica que plantea serían el escalón terapéutico que se ha precisado para controlar la clínica, la dosis utilizada, los efectos secundarios del tratamiento, el tiempo de latencia y la duración del tratamiento.

En relación al escalón terapéutico que se ha precisado para controlar la clínica indican mayor severidad el uso de clozapina en lugar de otros neurolépticos menos potentes, el uso de IMAO y la combinación de múltiples fármacos. Haber precisado terapia electroconvulsiva. Es indicativo de severidad y mala adherencia al tratamiento el uso de dosis máximas y el de administraciones parenterales. La gravedad también depende de los efectos secundarios de los medicamentos prescritos, destaca la sedación generada por el uso de amitriptilina, clormipramina, clorpromacina, clozapina, mianserina o mirtazapina. En relación a las BZD a las dosis terapéuticas habituales no suelen alterar de forma relevante la capacidad de conducción salvo en personas mayores y al inicio del tratamiento.

El tiempo de latencia también influye, los AD suelen tardar entre 4-8 semanas en hacer efecto, mientras Venlafaxina puede hacer efecto desde la 3 a semana y los efectos del litio sobre el estado de ánimo pueden tardar en aparecer entre 2 y 6 semanas. Finalmente con respecto a la duración del tratamiento. Con carácter general en la depresión en el primer episodio: 6 meses, en el segundo episodio de 2 a 5 años y a partir del tercer episodio es de por vida. En la esquizofrenia de modo general el primer episodio de 1-2 años, si se desencadenan más de un episodio 5 años. Si existen antecedentes de intento de suicidio o conducta agresiva / violenta sería indefinido.

Patrón de prescripción del estudio

El criterio de obtención de los datos del presente estudio es el mismo que el establecido para el patrón diagnóstico, en el cual todas las personas incluidas en el estudio cumplen entre los criterios de selección establecidos el de recibir tratamiento farmacológico durante al menos dos meses, tal como recoge el informe, de Araña et al (2008a).

La prescripción de los grupos terapéuticos del sistema anatómico N. Sistema Nervioso Clasificación ATC3, fue:

De la evaluación de la prescripción según la clasificación ATC nivel 3 destaca el número de prescripciones totales realizadas por los especialistas que asistieron a las víctimas de APT de los subgrupos terapéuticos N06A AD, N05B ANS, N05A APS, N05C HS suman 801 de las 909 totales. Por consiguiente el 88.1% del plan terapéutico instaurado se dirige claramente a mitigar y conseguir una remisión completa de la patología mental que padecen las víctimas de APT. La evolución crónica de las personas afectadas de APT puede desarrollar, como hemos visto, diferentes tipos de estadios de TM grave: TDM con alta comorbilidad de TEPT, hostil-paranoide con predominio de rasgos de hipersensibilidad y rencor, y estadios previos de TAG o EDM e, insomnio (De Rivera, 2011). Hemos de destacar que en este estudio el 100% de los pacientes (50 personas) le han pautado alguno de los subgrupos citados.

Dentro de los grupos terapéuticos del sistema nervioso, los AD representaban el 46.1% de todas las prescripciones, los ANS el 31.5% y los APS e HS el 8.8% y 8% respectivamente. Todos ellos representan el 94.4% de las prescripciones. El uso de HS frente al insomnio que padecen estos pacientes ha sido pautado durante tiempo prolongado, (media de 8 meses) lo que podría generar como veremos efectos adversos de tolerancia y dependencia. Se prescriben muy pocos antiepilépticos (AEP) (3.4%) cuyas indicaciones descritas como veremos más adelante estarían fuera de autorización (off the label).

La prescripción de fármacos en SM se basaba en la variabilidad de los llamados síntomas diana (síntomas psicóticos, depresión, ansiedad, insomnio, fobia, impulsividad, atención, agresividad, agitación e ideación autolítica). El clínico evalúa la efectividad del fármaco en función de la variación en los síntomas que se pretende corregir más que en las diferencias de sexo (Pérez, 2010). Las prescripciones de los grupos NO6A AD, N05B ANS y, N05C HS alcanzan un total de 231 prescripciones, que representaba el 93.9% del total de prescripciones realizadas por los MAP de los grupos terapéuticos del sistema anatómico nervioso. Por tanto la prescripción de fármacos en SM realizaba por los MAP se basa en los llamados síntomas diana: somatizaciones, ansiedad, depresión y como veremos más adelante al insomnio.

Si atendemos a la prescripción por especialista los psiquiatras habían prescrito el 64.6% de todos los medicamentos del sistema nervioso, los MAP el 27%, los psiquiatras de urgencias el 4.8%, el 2.5% fundamentalmente neurólogos, y el 1.2% los profesionales de las USL. La prescripción de los MAP fue superior a los psiquiatras en los grupos (N02B y N02C). Aunque en números absolutos coincidió la prescripción de los AD y los ANS, éstos en % relativos alcanzaron un 36% relativos frente al 24.5 de los AD. Los HS representaban un 32%. La prescripción de los psiquiatras alcanza % elevados en APS 88% y AEP 79.3%. A diferencia de los MAP el % de AD (69.1%) fue superior al de ANS (54%). Los HS representaban un 60.3. Los psiquiatras de URG prescriben % cercanos de AD, ANS, APS e HS. Los neurólogos son los que más prescriben analgésicos

En nuestro estudio si se detectaron diferencias en función del sexo en cuanto a los tratamientos AD, ANS, APS y HS, tal como se corrobora por la propia prescripción y la reasignación posteriores de orientaciones diagnósticas realizadas por los psiquiatras.

Prescripción por especialistas

Los diferentes especialistas pautaron un total de 909 prescripciones. Los MAP pautaron el 27.1% de todas las prescripciones, mientras los psiquiatras (si incluimos los psiquiatras de URG pautaron el 68.2%, 2.5 veces más. Los neurólogos representaron más del 3% (3.6%), y las USL indicaron el 1.1% del total de medicamentos prescritos (ver tabla 24).

La prescripción de los MAP está focalizada en la sintomatología ansiosa-depresiva. Coincide el mismo % de AD que de ANS, 41.9%, que representan el 93.4% de las prescripciones totales de psicofármacos realizada por los MAP. En número de prescripciones conjunto de AD y ANS asciende a 192 del total de 909 prescripciones, lo que representaría el 21.1%. Esta prescripción es coincidente con la categorización diagnóstica de predominio ansioso, *F43.22. Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Reacción mixta de ansiedad y depresión*, descrita en el apartado anterior (patrón diagnóstico). La prescripción por tanto parece claramente dirigida más hacia la patología ansiosa que a la depresiva. Se destaca el uso de HS frente al insomnio que padecen estos pacientes con un 9.7%. Prescriben muy pocos APS, 2.28% y antiepilépticos 1.7%, más inducidos por los psiquiatras, que por propia iniciativa, cuyas indicaciones se podrían considerar "condiciones especiales, fuera de autorización (off the label)".

Los psiquiatras en cambio centran más su actividad en los cuadros depresivos prescribiendo aproximadamente el doble más de AD (49.3%) que de ANS (26.3%), recogiendo así las recomendaciones de las guías internacionales, donde en caso de comorbilidad ansiedad-depresión, debe tratarse la segunda por sus graves repercusiones (NICE, 2011a). Los APS representan un nada despreciable 12% del

total. En cambio el % de HS respecto a los MAP es menor (7.5%), manteniendo la prescripción del medicamento prescrito por el MAP pero, modificando posología y retirándolo de forma paulatina. Esta prescripción es concordante con la evolución clínica del APT descrita por De Rivera (2011), AD frente al TDM comorbido al TEPT, APS frente al estadio hostil-paranoide, con predominio de rasgos de hipersensibilidad y rencor e HS para el insomnio crónico.

Los psiquiatras de URG se acercan más a las indicaciones de los MAP pues prescriben más ANS (43.9%) que AD (31.7%), coincidiendo con la patología de ansiedad, angustia, más que depresiva. En cambio su % de APS (9.8%) en el total se acerca, aunque siendo algo menor, al de los psiquiatras de consultas externas. Los profesionales de las USL indican por igual AD que ANS (40%), y la mitad de HS (20%). Los neurólogos prescriben AD en un 38.1% y más antimigrañosos (28.6%) que ANS (23.8%)

Sin embargo, en lo que hace referencia a los APS, las orientaciones diagnósticas indicadas por los especialistas en sus informes médicos no concuerdan con las indicaciones descritas en las fichas técnicas y autorizadas por las agencias de medicamentos (española, AEMPS y/o europea, EMA). Este acto médico pasará a tener la consideración de prescripción de medicamentos en situaciones especiales *off the label* (fuera de las indicaciones autorizadas en la ficha técnica del medicamento)

En el estudio de Vedia et al (2005) el origen de la prescripción de los AD fue del MAP en un 45.7% y del psiquiatra de AP en un 33.1%. Los AH fueron indicados en el 49.1% por el MAP y en el 30% por el psiquiatra de AP. Si se realiza una comparación de nuestro estudio con el de estos autores, el nuestro presenta datos de prescripción menores de los MAP y mayores de los psiquiatras.

Una posible aproximación a esta diferencia la podríamos encontrar en la evolución de la clínica del APT frente a la de población general. De acuerdo con De Rivera (2011) éste puede desarrollar diferentes tipos de estadios. Podríamos establecer una gradación que se iniciaría en la normalidad, continuaría con la aparición de síntomas con entidad subclínica, cuya atención podría ubicarse (si seguimos la lógica del DSM-IV-TR) en "otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", concretamente "problema laboral" (Z56.7), y finalmente desembocaríamos en la aparición de trastornos y enfermedades francos que se asocian ya con la baja por enfermedad, entre las cuales estaría el trastorno adaptativo, los estadios previos de TAG con sintomatología somática variada o EDM e, insomnio, que desembocarían en el TEPT con alta comorbilidad de TDM y finalmente el hostil-paranoide.

El trastorno adaptativo al ser considerado por los profesionales sanitarios como una reacción al estrés de la vida cotidiana, no ha merecido a su juicio ningún tratamiento medicamentoso, al contrario si resolución, manifestada por las propias víctimas era que al ser un conflicto laboral debía saber gestionar sus relaciones. Por ello este estudio no consideró su inclusión en la discusión atendiendo además a que entre las indicaciones citadas en las fichas técnicas aceptadas por el MSSSI, no existe ninguna.

1.1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

En Europa los trastornos de ansiedad (como el TEPT) junto con el depresivo son los trastornos psiquiátricos más frecuentes (Prince et al, 2007). Según los datos de prevalencia citados en el apartado 1.3, en 2004 la prevalencia- año en Europa era del 6% y la prevalencia-vida del 13,6% (ESSEMeD, 2004). Dentro de estos trastornos, el TAG es uno de los más comunes, siendo además el más frecuente en

AP (Wittchen, 2002) y el grado evolutivo previo que lleva al TEPT. El TAG se asocia muy frecuentemente a otros trastornos mentales y produce un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente. La prevalencia-año del TAG es del 1% y la prevalencia-vida del 2.8% (Kessler y Wittchen, 2002). En AP la prevalencia del TAG oscila alrededor del 8% en diferentes países industrializados según la OMS (Wittchen, 2002), cifras estas mucho más altas que las poblacionales que indican que los pacientes afectados de TAG utilizan frecuentemente estos servicios sanitarios. De hecho, según el estudio ESEMeD, entre los individuos con algún trastorno mental sufrido en los últimos 12 meses y que hacía uso de algún servicio de salud, dos tercios de ellos consultaban con un MAP (Alonso et al, 2004b).

El TAG es uno de los trastornos del ánimo más comunes y su síntoma principal es la preocupación patológica. Los criterios diagnósticos para el TAG descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)-IV TR (2004) incluyen preocupación excesiva con una duración de al menos 6 meses, asociado con al menos otros tres síntomas entre los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga (APA, 2000)

El diagnóstico de pacientes con TAG en el nivel de AP es la clave para iniciar un tratamiento apropiado en el inicio del curso de la enfermedad (García-Campayo, 2012). Sin embargo, más del 50% de los trastornos mentales están infradiagnosticados e infratratados en el nivel de AP (Norton, 2009). Una razón que explica la alta tasa de infradiagnosia para el TAG es que en estos casos, el motivo principal de consulta no es la ansiedad sino las quejas somáticas (Wittchen et al, 2002). Como el TAG presenta normalmente comorbilidades médicas y psiquiátricas; el diagnóstico apropiado se retrasa, llevando a tratamientos inadecuados e incrementando los costes (Zhu et al, 2009). En el estudio de García-Campayo et al (2012) se detectaron en los pacientes con TAG, comorbilidades psiquiátricas presentes en el 66.4% de los pacientes (ansiedad social 37%, depresión mayor 19.1%). Un mejor conocimiento acerca de los síntomas del paciente con TAG por los MAP permitiría un mejor manejo de estos pacientes y un mejor reparto de los recursos de salud (García-Campayo, 2012).

La edad de presentación del TAG como trastorno primario puede ser temprana, siendo frecuente su aparición antes de los 25 años de edad pero cuando es secundario a otro trastorno de ansiedad aparece en torno a los 30 años, extendiéndose el riesgo hasta mediados de los 50 años (Albarracín et al, 2008). Las tasas de prevalencia son altas en la edad adulta media y en mayores, pero relativamente bajas en los adolescentes, con una correlación significativa entre padecer TAG y ser mayor de 24 años, separado, viudo, divorciado, desempleado o ama de casa y la incidencia es mayor en el sexo femenino (relación 2:1) (ESEMeD, 2004). Generalmente es de curso crónico, con bajas tasas de remisión y moderadas de recurrencia y está relacionado con factores de riesgo múltiples, tales como historia familiar, historia de trauma físico o emocional, aumento del estrés, e incluso con el hábito de fumar, pues hay evidencia de que entre los fumadores la frecuencia de TAG es de cinco a seis veces más elevada (Fricchione, 2004). La combinación de factores genéticos, biológicos, socioeconómicos y laborales pueden influir en la aparición del TAG. Como pautas de tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada en España (TAG) se exponen la que recoge la GuíaANS (anexo 31).

La normalización de la atribución y la falta de queja sobre los síntomas de ansiedad, contribuyen a la baja tasa de reconocimiento de la ansiedad entre los MAP. Se ha encontrado que el 48% de los pacientes con ansiedad o depresión usa una atribución normalizada de sus síntomas (Kessler et al, 1999). Otro factor que puede contribuir a la baja tasa de ansiedad informada por los MAP puede ser que

algunos pacientes con TAG no creen en la medicación para lo que ellos consideran problemas emocionales de la vida "esto es lo que hay", como comunicaron el 37% de los pacientes con TAG en un estudio comparativo entre la atención de pacientes con TAG que llevaban a cabo los médicos generalistas y los psiquiatras (Weisberg et al, 2007).

Tal como informa la GuíaANS (2008) los fármacos más usados en España para tratar los TAG son las BZD, otros ansiolíticos y los antidepresivos. En el estudio de (Albarracín et al, 2008) realizado en las mismas fechas que la Guía destacaba que el TAG generalmente es de curso crónico, de 5 a 15 años o más, siendo el eje del tratamiento farmacológico en las últimas décadas las BZD y los ansiolíticos no BZD. Previamente la revisión Cochrane (Kapczinski et al, 2003) encontraron que imipramina, venlafaxina y paroxetina fueron superiores al placebo en el tratamiento del TAG.

La alta tasa de tratamientos de ansiedad puede explicarse porque los pacientes fueron tratados para lo que ellos consideraban crisis de ansiedad esporádicas (García-Campayo et al, 2012). Este razonamiento también puede explicar el alto uso de BZD, las cuales se han mostrado efectivas para los tratamientos a corto plazo de los síntomas de ansiedad (Brawman-Mintzer, 2001). Las revisiones encontradas del tratamiento farmacológico del TAG consideran las BZD la alternativa de elección para el tratamiento de los síntomas agudos, así se recomiendan como BZD a utilizar alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam (NICE, 2011b). La GuíaANS (2008) seleccionó tres de acción corta alprazolam, bromazepam, y lorazepam, y, dos de larga acción diazepam, y clorazepato dipotásico). La elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general 11% y el rápido alivio de los síntomas que las BZD hacen de este grupo terapéutico uno de los más consumidos en nuestro país. Se considera que alrededor del 2,5% de la población consume habitualmente estos medicamentos, siendo el doble las mujeres que los hombres, situándose la edad de mayor consumo entre los 50 y 65 años (GuíaANS, 2008).

Sin embargo, aunque las BZD producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad, la evidencia sugiere que sus efectos no difieren de manera significativa de los obtenidos con placebo después de 4 a 6 semanas de tratamiento, mientras que la buspirona (de uso limitado en España) y los nuevos AD son opciones a considerar para los pacientes que requieren tratamiento a largo plazo (GuíaANS, 2008). En el estudio de García-Campayo et al (2012) el 86.5%, el 69.4% y el 49.7% de los pacientes con TAG estaban tratados con BZD, AD y antiepilépticos respectivamente. Estas alternativas presentan problemas debido a la necesidad de un tratamiento farmacológico por períodos prolongados de tiempo, el riesgo de abuso y dependencia de las BZD. Adicionalmente las BZD de vida media larga pueden inducir una elevada sedación y falta de coordinación psicomotora que se ha asociado con un incremento de los riesgos de producción de caídas, con posibles fracturas de cadera, y de accidentes de tráfico. Las BZD de vida más corta, por su parte, se asocian con más reacciones adversas de tipo psiquiátrico y con fenómenos de rebote (GPT, 2010).

No obstante, es importante notar que estos fármacos no están recomendados por las Guías de la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica (García Campayo et al, 2012) como la primera línea de tratamiento para TAG, y están sólo recomendados para pacientes resistentes a los AD (Bandelow et al, 2008). Las guías internacionales consideran la utilización de AD como uno de los tratamientos de elección para el TAG, destacando la paroxetina, escitalopram, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada, por sus mejoras significativas en la calidad de vida y en la discapacidad funcional (NICE, 2011b y Canadian Psychiatric Association, 2006). Paroxetina, escitalopram y venlafaxina han demostrado eficacia

a largo plazo, con tasas de respuesta que siguen aumentando más allá de los 6 meses de tratamiento (GuíaANS, 2008).

No obstante, las dudas que se plantean en relación al tratamiento del TAG por parte de los MAP en nuestro estudio son:

¿La prescripción realizada de AD va dirigida hacia la remisión de la depresión o del TAG?

Aunque los AD paroxetina, escitalopram, sertralina y venlafaxina de liberación prolongada, sean considerados útiles y recomendados por las guías internacionales frente al TAG, y posean entre sus indicaciones autorizadas el tratamiento de los EDM o el TDM, e incluso alguno de ellos frente al TEPT ¿Cuál era la finalidad que les otorgaban los MAP que atendieron a la población de estudio? ¿Los utilizaban frente a la depresión, al TAG o al TEPT?

Si en los informes médicos aparecían códigos de diagnósticos puros y no aparecía comorbilidad, ¿Es que ésta no existe? ¿La comorbilidad o no esta informada o no esta detectada? ¿Cuál es la razón entonces de esta prescripción?

Ante estas cuestiones sin respuesta, el presente estudio ha teniendo en cuenta la información que facilita el MSSSI a través de la GPT (2010). Siendo los medicamentos recomendados para el tratamiento de elección del trastorno de ansiedad las BZD, reservando los AD para los tratamientos de los EPD o TDM. La distinción entre BZD hipnóticas o ansiolíticas es artificial, dependiendo de la política comercial de los laboratorios, pues las presentaciones disponibles en el mercado poseen dosis que junto con su farmacocinética determinan que sean etiquetadas hipnóticas o ansiolíticas. A continuación se reproduce la información que aparece en la GPT en relación al grupo *NO5B Ansiolíticos*

Grupo NO5B Ansiolíticos

Las BZD ansiolíticas alivian con eficacia los estados de ansiedad. Aunque, a menudo, estos fármacos se prescriben a casi cualquier persona con síntomas de estrés, tristeza o enfermedades físicas leves, su uso carece de justificación en muchas situaciones. En concreto, no están indicadas para tratar la depresión ni la psicosis crónica. Las BZD pueden dificultar el ajuste psicológico en casos de duelo (GPT, 2010). La probabilidad de dependencia aumenta de manera especial entre los pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o de drogas y de fármacos y entre aquellos con trastornos notables de la personalidad, de ahí que el tratamiento ansiolítico se limitará a la dosis mínima posible durante el período más corto que sea factible según la Recomendación del CSM del Reino Unido (GPT, 2010):

1. Las BZD están indicadas para el alivio, durante un período breve (2-4 sem), de una ansiedad intensa, invalidante o que haga sufrir exageradamente al paciente, tanto si se manifiesta sola como si se asocia con insomnio o un trastorno psicossomático, orgánico o psicótico de corta duración.
2. El uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad «leve y pasajera» es inapropiado e inadecuado.
3. Las BZD deberían emplearse para tratar únicamente el insomnio intenso, invalidante o que haga sufrir exageradamente al paciente.

Se han descrito, poblaciones especialmente proclives al desarrollo de una dependencia como los pacientes afectados de depresión, insomnio o trastornos de pánico, a los que se les han prescrito dosis altas de BZD o durante períodos de tiempo prolongados, si bien no es infrecuente que aumenten ellos las dosis por su cuenta ante la presencia de sintomatología que no toleran (GPT, 2010).

El número de prescripciones totales del subgrupo NO5BA Derivados de Benzodiazepina (BZD) es coincidente con el del grupo NO5B Ansiolíticos. El

porcentaje de prescripción del subgrupo NO5BA por los MAP (36%) en nuestro estudio, muestra la gran capacidad de utilización de estos medicamentos, posiblemente por la elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad en población general 11% (siendo el MAP el que canaliza su asistencia) y por el rápido alivio de los síntomas que las BZD producen. Así este grupo terapéutico es uno de los más consumidos en nuestro país y recetado por los MAP. Se considera que alrededor del 2.5% de la población consume habitualmente estos medicamentos (García del Pozo et al, 2004).

El porcentaje de los psiquiatras alcanza más del 50% (53.9%) aunque mantiene un alto número en valores absolutos. Una posible causa es que los ansiolíticos, en particular las BZD, se han denominado como «tranquilizantes menores» de fácil uso y de gran demanda por su elevada eficacia y conocimiento entre la población, por tanto atribuible su prescripción más a la AP (GPT, 2010). No obstante éste es un término confuso no sólo porque difieren considerablemente de los APS («tranquilizantes mayores») más usados por los psiquiatras por su dificultad de seguimiento y control, sino porque su uso no es en absoluto menor. Incluso los APS en dosis bajas se emplean, a veces, frente a la ansiedad intensa, debido a sus efectos sedantes; no obstante conviene evitar su administración prolongada dado el posible riesgo de discinesia tardía (GPT, 2010).

El número de prescripciones totales de este subgrupo NO5BA Derivados de Benzodiazepina es coincidente con el del grupo N05B Ansiolíticos y alcanza el 29.3% de toda la prescripción. El % de prescripción de este subgrupo NO5BA por los MAP muestra una gran capacidad de utilización de estos medicamentos, mayor incluso como veremos que los N06A AD 24.6%, coincidente por tanto con la orientación diagnóstica informada.

Principios activos del subgrupo NO5BA Derivados de Benzodiazepina

Indicaciones de las BZD

Aunque todos los principios activos que se enumeran pertenecen al subgrupo NO5AB Derivados de Benzodiazepina no tienen autorizadas las mismas indicaciones de uso. Así según la GPT (2010) y las fichas técnicas de los principios activos que reseñaremos, podemos afirmar que las condiciones de “uso legal”, las de uso autorizado, aquellas descritas explícitamente en su ficha técnica, donde esta contenida la información oficial tanto sobre las indicaciones aprobadas y aceptadas por el Ministerio de Sanidad, NO existe ningún principio activo autorizado de este subgrupo para el tratamiento del TEPT comórbido con el TDM de las víctimas afectadas de psicoterror laboral. En cambio, todas las BZD sólo están indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o le somete a una situación de estrés importante tratamiento corto de la ansiedad:

Alprazolam (ficha técnica/GPT): está indicado en el tratamiento de TAG y en el tratamiento de trastornos por angustia con o sin agorafobia.
Posología: 250-500 µg tres veces al día [dosis máx 4 mg/día]

Diazepam (ficha técnica/GPT): está indicado también para:
La supresión sintomática de la ansiedad, la agitación y la tensión psíquica debidas a estados psiconeuróticos y trastornos situacionales transitorios.
Deprivación alcohólica: En pacientes con deprivación alcohólica puede ser útil para el alivio sintomático de la agitación aguda, el temblor y las alucinaciones.
Dolor musculoesquelético: (de alta importancia para las víctimas de APT, pues relatan que los calambres y espasmos musculares nocturnos les impiden conciliar el sueño). Es un coadyuvante útil para el alivio del dolor musculoesquelético debido a espasmos o patología local (inflamación de músculos o articulaciones, traumas).

También puede utilizarse para combatir la espasticidad originada por afecciones de las interneuronas espinales y supraespinales, tales como parálisis cerebral y paraplejía, así como en las atetosis y el síndrome de rigidez generalizada.

Posología: *por vía oral*: ansiedad: 2-5 mg 2 veces al día aumentando a 15-30 mg/día, en varias tomas, si procede.

Entre las intervenciones farmacológicas que observaban las recomendaciones de la GuíaANS (Anexo 31) para utilizar en los TAG, Trastorno de Ansiedad, crisis de angustia o pánico se recomienda la utilización de AD como uno de los tratamientos de elección. Entre la familias de AD que aconsejan se encuentran los ISRS y los ADT, no obstante es necesario consultar la ficha técnica de comercialización aprobada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en www.aemps.es, para justificar su uso.

Los efectos adversos pueden aparecer con pocas semanas de uso y agravarse por el consumo prolongado: sedación e incoordinación, deterioro de la memoria y amnesia de corto plazo, reacciones paradójicas de excitación y agresividad, junto al desarrollo de un cuadro de dependencia física, pueden ser problemas de una gran trascendencia: potencial de abuso y síndrome de abstinencia tras su retirada. La supresión brusca de estos medicamentos tiene una gran importancia en los fármacos de uso prolongado, apareciendo un cuadro, potencialmente severo de ansiedad, irritabilidad y posibles convulsiones y delirio. Este problema es mayor con lorazepam, bromazepam y alprazolam que con clorazepato. La forma retardada de alprazolam puede ayudar a soslayar este problema (GPT, 2010).

Determinar la necesidad o no de usar BZD en muchos trastornos, si el empleo de antidepresivos tricíclicos (ATC) e ISRS estará más indicado que las BZD; así como limitar su empleo en el tiempo y a las dosis necesarias, evitando el potencial abuso de su consumo, serán pautas que ayuden a minimizar el impacto negativo de estos medicamentos. Considerar las interacciones medicamentosas: aquellas respuestas farmacológicas que no pueden ser explicadas por la acción de un solo fármaco sino que son debidas a los efectos de dos o más sustancias actuando de manera simultánea sobre el organismo. Puede ser que el efecto de un fármaco sea modificado por la administración de otro o puede que ambos fármacos vean modificados sus efectos. Son muchas y variadas las posibles interacciones que pueden plantearse diariamente en la práctica clínica en AP (GPT, 2010).

La comorbilidad entre depresión y ansiedad es muy alta, poseyendo ambos trastornos síntomas transversales, de ahí que en los estudios evolutivos del proceso de APT, sea necesario el uso de ansiolíticos (Medrano et al, 2009). Las BZD están indicadas para *el alivio de la ansiedad intensa durante períodos cortos*, pero no se aconseja su administración prolongada. Las BZD pueden emplearse como tratamiento complementario de los AD durante períodos cortos, al comenzar estos últimos, a fin de evitar el deterioro inicial de los síntomas. Las BZD (2-3 mg/día de alprazolam (única con indicación autorizada para este uso) se pueden emplear en los *trastornos por angustia* (con agorafobia o sin ella) rebeldes al tratamiento antidepresivo; diazepam, alprazolam, clordiazepóxido y clobazam poseen una acción sostenida. Los compuestos de acción más corta, como lorazepam y oxazepam, se prefieren para los pacientes con alteraciones de la función hepática, pero comportan un mayor riesgo de síntomas de abstinencia (GPT, 2010).

Fuera de las indicaciones de "uso autorizado" se recogen en algunas recomendaciones, como las series de *guías de consenso de expertos para el tratamiento del TEPT* (Medrano et al, 2009), que los ISRS, nefazodona y venlafaxina son fármacos de primera línea para el tratamiento del TEPT y las BZD y estabilizadores del estado de ánimo cumplen una función en pacientes con ciertos tipos de síntomas, aunque la base empírica para los tratamientos con

medicamentos en el TEPT, es muy limitada. La Guía de la APA sobre TEA y TEPT (Ursano et al 2004) admite también el uso de las BZD basándose en la existencia de "evidencia científica contrastada y suficiente de su eficacia y seguridad para el uso que se propone".

Discusión de los resultados del estudio:

El número de prescripciones totales de este subgrupo N05BA Derivados de BZD es coincidente con el del grupo N05B Ansiolíticos, por tanto asciende a 267. La media de prescripciones o sus correspondientes modificaciones de los principios activos de este subgrupo según las ocasiones coincidentes o no, que los profesionales los han prescrito ha sido del 3.8 (con diferencias que oscilan entre la media de 4.8 alprazolam, a la 3.6 de diazepam). Según estos datos, los profesionales sanitarios han tenido que utilizar aproximadamente un 75% de veces más alprazolam que diazepam para intentar alcanzar el objetivo terapéutico que se plantean.

La dificultad del tratamiento de los trastornos neuróticos por su alta comorbilidad provocó cambios no sólo de dosificación sino de la pauta terapéutica. Por consiguiente por diversos motivos (ineficacia del tratamiento, por efectos adversos de dependencia y tolerancia,...) los profesionales sanitarios han modificado su plan terapéutico y han pautado otros p.a. del mismo subgrupo durante el curso clínico del paciente.

En el caso concreto de las BZD la coincidencia de ansiolíticos ha ocurrido en 70 ocasiones y ha afectado a 24 personas del estudio (21 de dos principios activos y 3 de tres principios activos) en 13 mujeres (30.8% de la muestra de mujeres) y 11 hombres (57.4% de la muestra de hombres). A una mujer se le cambió el ansiolítico 3 veces y a otras 12 mujeres dos veces, en el caso de los hombres a 2 se les cambió 3 veces y a 9 dos veces. El porcentaje de afectación en la muestra es del 30.8% en mujeres y el 57.9% en los hombres. En las pacientes mujeres coincidieron en 13 ocasiones la prescripción de ansiolíticos: 1 combinación triple de Alprazolam diazepam y lorazepam, y 12 combinaciones dobles (5 de Alprazolam diazepam, 1 de alprazolam y Clorazepato K, 1 de alprazolam y combinaciones con diazepam, 1 de alprazolam y lorazepam, 1 de diazepam y halazepam, 1 de diazepam y lorazepam, 1 de lorazepam y combinaciones con diazepam, y finalmente 1 de lorazepam con bromazepam). En los hombres coincidieron en 11 ocasiones: 2 combinaciones triples (1 de Alprazolam diazepam y lorazepam, y la otra de diazepam, lorazepam y clorazepato potásico), y 9 combinaciones dobles (3 de Alprazolam diazepam, 1 de alprazolam y lorazepam, 2 de diazepam y combinaciones con diazepam, 1 de diazepam y ketazolam, 1 de diazepam y clorazepato potásico).

En el caso concreto de este subgrupo, se habían prescrito derivados de la benzodiazepina a 46 personas del estudio lo que representa el 92 % de la muestra (28 mujeres, el 90.3% y 18 hombres, el 94.7%), únicamente a 3 mujeres y 1 hombre no se le han prescrito ningún ansiolítico (aunque se prescribió otro principio activo que tal como relatan los pacientes su función era de ansiolítico: Clonazepam, por tanto podríamos estar ante una indicación no autorizada, off the label). El número de prescripciones totales de este subgrupo N05BA Derivados de Benzodiazepina asciende a 267, prescritos a 46 personas, por tanto a cada paciente se le han pautado 5.8 BZD de media, 6 en mujeres y 5.6 en hombres.

En cuanto a la prescripción por especialista Alprazolam representa el 36.3% del total de prescripciones, mientras diazepam el 30.7% y lorazepam el 15.7%. Alprazolam es pautado en % similares tanto por los MAP (43.3%) como por los psiquiatras (47.4%). Los psiquiatras pautan el 65.8 % del diazepam, mientras los MAP alcanzan el 20.7%. Clorazepato potásico es el único ansiolítico que prescriben

más los MAP que los psiquiatras. Los MAP prescriben aproximadamente 1/3 (35.2%) de todos los ansiolíticos, mientras los psiquiatras prescriben más de la 1/2 (53.9%). Los MAP de decantan claramente por la prescripción de alprazolam (43.7%), y en 2º lugar lorazepam (21.3%), aunque sin avanzar en valores absolutos a las prescripciones de los psiquiatras. Los psiquiatras mantienen un % equilibrado entre diazepam (37.5%) y alprazolam, (31.9%). Los psiquiatras de urgencias representan únicamente el 6.7% del total centrándose en 3 ansiolíticos diazepam, alprazolam y clorazepato potásico. Si tenemos en cuenta las etapas y estadios por los que evoluciona la clínica de hostigamiento del APT, las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado, de cada principio activo, aquellas reflejadas explícitamente en su ficha técnica y la GuíaANS, la comorbilidad de ansiedad y depresión es extraordinaria, por ello podemos afirmar que el 100% de la prescripción de BZD ha sido acertada.

El número de prescripciones totales de este subgrupo NO5BA Derivados de Benzodiazepina es coincidente con el del grupo N05B Ansiolíticos, y asciende a 267. El hecho de esa coincidencia radica en que en Psiquiatría de acuerdo con el vigente modelo categorial, reconoce que muchos síntomas son transversales (aparecen en diferentes patologías) y dimensionales (Medrano, 2009). La industria se ha adaptado perfectamente a que los ensayos clínicos se orienten a demostrar la eficacia y seguridad de los fármacos en enfermedades, y no en síntomas, de acuerdo con el criterio de la FDA. De esta manera, un fármaco efectivo en síntomas inespecíficos y transversales, como la depresión, la ansiedad, o la psicosis, se convierte en útil en los múltiples "trastornos" en que existan esos síntomas, aunque la seguridad y facilidad de manejo de las BZD (utilizadas desde el siglo pasado) han hecho que la industria tenga dificultad para introducir nuevos principios activos indicados para la ansiedad (Medrano, 2009).

La media de prescripciones o sus correspondientes modificaciones de los principios activos de este subgrupo según las ocasiones coincidentes o no, que los profesionales los han prescrito ha sido del 3.8 (con diferencias que oscilan entre la media de 4.9 alprazolam, y 3.6 de diazepam). Según estos datos, los profesionales sanitarios han tenido que utilizar aproximadamente un 75% de veces más alprazolam que diazepam para intentar alcanzar el objetivo terapéutico que se plantean.

De acuerdo con estos resultados podemos concluir que el tratamiento farmacológico de las BZD por los MAP del estudio coincide con las recomendaciones de las guías internacionales y nacionales comentadas (NICE, 2011b; GuíaANS, 2008; GPT, 2010). Así han utilizado correctamente tres BZD de acción corta alprazolam, bromazepam, y lorazepam, y, dos de larga acción diazepam, y clorazepato dipotásico. La prescripción de BZD de t1/2 de acción corta asciende a 151 (56.6%), mientras que BZD de t1/2 de acción larga 116 (43.4%). Sin embargo, ante la dificultad del tratamiento de los trastornos neuróticos por su alta comorbilidad, los profesionales introdujeron cambios no sólo de dosificación sino de la pauta terapéutica. Así, por diversos motivos (ineficacia del tratamiento, por efectos adversos de dependencia y tolerancia,...) los profesionales sanitarios han modificado su plan terapéutico y han pautado otros principios activos (p.a.) del mismo subgrupo durante el curso clínico del paciente.

En el caso concreto de las BZD la coincidencia de ansiolíticos ha ocurrido en 70 ocasiones y ha afectado a 24 personas del estudio (21 con dos principios activos y 3 de tres principios activos) en 13 mujeres (30.8% de la muestra de mujeres) y 11 hombres (57.4% de la muestra de hombres). A una mujer se le cambió el ansiolítico 3 veces y a otras 12 mujeres dos veces, en el caso de los hombres a 2 se les cambió 3 veces y a 9 dos veces.

En el estudio de prescripción-indicación de Vedia et al (2005) sobre el perfil de utilización de AD y AH en AP en Cataluña, encontraron que el 43% de los psicofármacos prescritos eran AD y el 57% AH, siendo los más prescritos los ISRS (31.6%), y las BZD de vida media corta (32.9%) y larga (19.8%). Por subgrupos, también fue mayoritariamente el MAP quien inició el tratamiento (BZD de t1/2 corta en un 49.6%, BZD de t1/2 larga en un 46.2% y otros ansiolíticos en un 58.2%). Comparativamente con nuestro estudio la prescripción de BZD es concordante. BZD de t1/2 corta asciende a 151 (56.6%), mientras que BZD de t1/2 larga 116 (43.4%). Sin embargo, mientras en nuestro estudio los MAP pautaron 96 prescripciones (36%) de las BZD los psiquiatras alcanzaron el 54% (144 prescripciones)

Al subanalizar el motivo de prescripción en función del subgrupo terapéutico, los autores observaron que el EDM junto con depresión crónica-distimia fue el motivo principal de prescripción, tanto de los ISRS como de los AD clásicos y AD de segunda generación (61.2, 49.3 y 63.5%, respectivamente). En relación con los AH se observa que la ansiedad generalizada es el motivo principal de prescripción, tanto para las BZD de t1/2 larga como corta (41.3 y 31.6%, respectivamente), seguido del insomnio (10.6 y 27.1% respectivamente). El motivo principal de la prescripción de las otras BZD fue el insomnio (60.9%). Comparativamente con el estudio de Vedia los motivos principales de prescripción, varían claramente de nuestros datos. Así para los AD, la depresión crónica-distimia es del 35.8%, frente al 0.8% de nuestro estudio, en cambio los trastornos adaptativos si que alcanzan un 33.2%. EDM 24.4%, frente al 11.4. Para los AH, TAG 33.3%, frente 4.2% e insomnio (23.9%). Por consiguiente podemos indicar que en nuestro estudio el EDM y el TAG se encuentran infradiagnosticados, en cambio se prescribe frente a diagnósticos inespecíficos o poco específicos, entre ellos los trastornos adaptativos.

Para finalizar llama la atención que en el presente estudio no aparezca prescrita Pregabalina (Lyrica^R) que en su ficha técnica tiene descrita la indicación para el tratamiento del TAG (ansiedad prolongada o nerviosismo en la vida diaria), y tal como vemos en los datos suministrados por la consultora IMS sobre el ranking de las ventas de medicamentos registrados en 2010 por los laboratorios, destaca las ventas de Pregabalina con 125 millones de €, con un incremento anual del 19.5% (Diario Médico, 2012). Por grupos terapéuticos, aunque los fármacos para el colesterol siguen liderando el *ranking*, sus ventas caen un 12.9%, los AD, suben un 0.9 por ciento en facturación y los APS, crecen un 7.1%. Entre los APS destaca el uso de Zyprexa^R (Olanzapina) y Risperdal Consta^R (Risperidona). Mientras que los ISRS al ser genéricos han perdido el impacto que poseían y no hay ninguna marca en el top 10. (Tabla 95).

Tabla 95. Top de fármacos en 2010 en España. (Diario Médico, 2012)

Top 10' de fármacos de 2010			
Producto	Ventas (en millones de euros)	% de crecimiento de la facturación	% de crecimiento en unidades vendidas
Zyprexa	137	7,1	5,9
Spiriva	135	7,4	7,3
Seretide	134	-0,2	-0,5
Lyrica	125	18,3	19,5
Cardyl	113	-34,7	-28,7
Risperdal Consta	107	9,3	9,2
Lantus	101	12,2	12,1
Plavix	99	-24,6	-24,6
Zarator	93	-35	-28,8
Clexane	83	13,2	8,1

Fuente: IMS-EMF Diciembre 2010

1.2. COMORBILIDAD ANSIEDAD/DEPRESIÓN.

De acuerdo con la CIE-10 (WHO, 1992) las formas más leves de los trastornos de ansiedad se ven principalmente en AP y en ellas son frecuentes la comorbilidad con otros síntomas, la coexistencia de angustia con ansiedad es con mucho, la más frecuente (Wittchen et al, 2000). El TAG está caracterizado por una alta comorbilidad (Pélissolo et al, 2002) y coexiste con enfermedades como la depresión mayor, que es la asociación más frecuente, la diabetes mellitus, los trastornos de abuso de sustancias y los trastornos de pánico, entre otras. Por eso el diagnóstico de ansiedad es un diagnóstico de exclusión en el que el profesional debe descartar previamente otras entidades médicas (Wittchen et al, 2000). Los efectos del TAG van más allá de su implicación médica, evidenciándose actualmente la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y en consecuencia la pérdida gradual de la funcionalidad psicosocial de las mismas (Lieb et al, 2005).

Este solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión es un obstáculo para la diferenciación clínica y la identificación del curso de estos trastornos. Ambos trastornos se suceden mutuamente en su presentación, muchos de sus síntomas aislados constituyen un trastorno en sí mismos, o forman parte de otros cuadros psicopatológicos y/o médicos, el 50 % de los pacientes con trastornos depresivos cumplen criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad, padecer un trastorno de ansiedad, constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un TDM en algún momento posterior (Norton, 2009). El solapamiento de síntomas es bastante más evidente como ya se ha descrito, entre el TDM, el trastorno de pánico y el TAG. Finalmente hasta el 80% de pacientes que presentan TAG, desarrollan por lo menos un EDM a lo largo de su vida (Wittchen et al, 2000). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál predomina, la premura del tiempo en asignar un diagnóstico permite al MAP con una codificación F 43.22 trastorno adaptativo mixto ansiedad-depresión, resolver la disyuntiva, aunque un buen criterio médico si el proceso se cronifica o se complica habría de reevaluarse de nuevo.

El TAG presenta una comorbilidad con depresión mayor del 62% (Wittchen et al, 2000) mientras que la comorbilidad acompañante a la depresión más determinante según diversos estudios detectadas por los MAP, es la relacionada con la ansiedad social, la ansiedad generalizada, y el TEPT en porcentajes que varían desde 29.3% hasta el 11.8% (Rush et al, 2005). También se detecta una sintomatología significativa adicional a la depresión, muy interesante para nuestro estudio (Ansiedad social 29.3 y conjuntamente TAG y TEPT alcanzan un 32.6%), que junto a la combinación ansiedad social-depresión y abuso de sustancias, y unido a un estilo de vida disfuncional con abuso de tabaco y falta de ejercicio físico, genera un cóctel de difícil digestión, aumentando la gravedad del trastorno mental. Frente a ello se ha de destacar que sólo el 38.2% presentan una depresión pura (Rush et al, 2005). Estos hechos dificultan en gran medida el diagnóstico, el tratamiento y la atención sanitaria de las víctimas de APT, así como la gestión de la ILT.

Por consiguiente la comorbilidad ansiedad/depresión, de no ser observada o detectada, en trastornos existentes y diagnosticados puede estar generando una prescripción múltiple y un afrontamiento terapéutico desajustado. El estudio con población general de Jeans Christtensen et al (2003) destaca que el 60% de los pacientes diagnosticados con depresión, y la mitad de los pacientes que presentaban y fueron diagnosticados de ansiedad, tenían otra comorbilidad que no fue observada por los profesionales sanitarios. Al menos $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes con diagnóstico de ansiedad o depresión, presentaron sintomatología comórbida suficiente para ser diagnosticada simultáneamente de depresión o ansiedad, pero no fueron detectados ni diagnosticados: Depresión existente y otra comorbilidad existente, pero NO diagnosticada 60%. Ansiedad existente y otra comorbilidad

existente, pero NO diagnosticada 50%. 77% diagnosticados de depresión, tenían también ansiedad otra comorbilidad existente, pero NO diagnosticada 24%. Ni Depresión Ni Ansiedad otra comorbilidad existente, pero NO diagnosticada 95.7%

En nuestro estudio el 42.5% de los episodios depresivos ha sido diagnosticado como trastornos del humor. La prescripción realizada de N06A- AD ha ascendido al 43%, por tanto corresponde con la orientación diagnóstica informada. La patología neurótica es tratada con ANS en un 29.3% de todos los casos, aunque representa más del 50% (52.8%) de los diagnósticos. Este hecho puede ser atribuible a la alta comorbilidad en este colectivo de pacientes entre trastornos neuróticos del CIE-10 (WHO, 1992) con los trastornos del humor y concuerda con las recomendaciones recogidas en la Guía NICE (2011a) donde afirma que cuando se asocian síntomas de ansiedad y depresión habrá de ser prioritario tratar los segundos, siendo el N06A- AD el primer grupo del ranking con el 43%.

En nuestro estudio había 46 personas medicadas con AD y ANS. Del resto había 2 personas diagnosticadas exclusivamente de ansiedad y 2 sólo de depresión, según la medicación que tenían pautado. Por tanto 4 personas (8%) de las víctimas de APT NO tenían comorbilidad, sólo padecían trastornos puros o bien ansiedad o bien depresión. Se detecta por tanto una homogeneización, tanto de los MAP (35.2%) como de los psiquiatras (53.9%), en las indicaciones de uso de fármacos del grupo N05B ANS cuya finalidad obviamente era tratar la ansiedad, alcanzando un 29.4% del total de prescripciones.

Del estudio de Vedia et al (2005) destaca la elevada proporción de pacientes en tratamiento combinado de AD y AH aproximadamente del 50%. Los acuerdos explican que el tratamiento combinado podría justificarse al inicio del tratamiento de la depresión pero, una vez pasado el período de latencia de los AD (4-6 semanas), cabría esperar una retirada de los AH. Sorprende, por tanto, el elevado porcentaje de tratamientos combinados, que podría corresponder a un mantenimiento inadecuado del tratamiento con AH. En general, al igual que ocurre en nuestro estudio el uso de los ANS es largo (aproximadamente 8 meses de media), fuera por tanto de las recomendaciones de uso de las guías internacionales, por tanto el riesgo de efectos adversos de tolerancia y dependencia aumenta.

Subgrupos del N06A Antidepresivos

Indicaciones de los AD:

Los AD son eficaces en el tratamiento de la depresión mayor de intensidad moderada o grave, incluida la depresión mayor asociada con enfermedades somáticas o con el puerperio; también son eficaces en la distimia (depresión crónica de menor grado). Los AD no suelen ser eficaces en la forma más ligera de depresión aguda pero se puede ensayar cuando no se observe respuesta a los tratamientos psicológicos (GPT, 2010).

Los grupos principales de antidepresivos son los tricíclicos (ATC) y los AD relacionados, ISRS y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Hay algunos AD que no encajan bien en esta definición; de hay su nombre Otros Antidepresivos (OAD) (GPT, 2010).

La elección del AD depende de las necesidades de cada paciente, por ejemplo, la presencia de enfermedades asociadas, el tratamiento existente, el riesgo de suicidio y la respuesta previa al tratamiento antidepresivo. Los ATC pueden estar indicados para muchos pacientes deprimidos. Si los efectos adversos potenciales de los viejos

tricíclicos resultan preocupantes, se escogerá un ISRS o alguno de los AD de los grupos más modernos. Aunque los ISRS se toleran, al parecer, mejor que los preparados antiguos, la diferencia es muy pequeña como para elegir siempre un ISRS como tratamiento de segunda línea (GPT, 2010).

Los ISRS muestran menos efectos adversos antimuscarínicos que los ATC antiguos y, además, resultan menos cardiotóxicos en sobredosis. Así pues, aunque su eficacia no sea mayor, se prefieren cuando el riesgo de intoxicación voluntaria es importante o existen trastornos asociados que impiden el uso de los demás antidepresivos. Los ISRS también se prefieren sobre los ATC para tratar la depresión de los pacientes con diabetes. Los ISRS manifiestan, sin embargo, efectos adversos característicos del grupo; los efectos gastrointestinales, como las náuseas o los vómitos, son corrientes y también se han notificado trastornos hemorrágicos. Los ATC pueden ser más eficaces que los ISRS para los pacientes gravemente enfermos y para aquellos que requieren la máxima eficacia terapéutica. Venlafaxina, en dosis de 150 mg o superiores, también parece más eficaz que los ISRS en la depresión mayor de intensidad, como mínimo, moderada. Cuando la depresión sea muy intensa, suele estar indicado el tratamiento electroconvulsivo intenso (ECT) (GPT, 2010).

Entre las Recomendaciones que recoge el Centro de Seguridad del Medicamento (CSM) del Reino Unido sobre los Antidepresivos, que recoge la GPT (2010) destaca por un lado la hiponatremia y tratamiento antidepresivo, la hiponatremia (casi siempre, en los ancianos, posiblemente por una secreción inapropiada de hormona antidiurética) se ha asociado con todo tipo de antidepresivos no obstante, se ha descrito más veces con los ISRS que con otros antidepresivos. El CSM del Reino Unido ha recomendado que se baraje la hiponatremia ante todo paciente con somnolencia, confusión o convulsiones durante el tratamiento con un antidepresivo. Por otro lado el comportamiento suicida y tratamiento antidepresivo. El uso de AD se ha relacionado con pensamientos y comportamiento suicidas. Siempre que sea necesario, debe hacerse un seguimiento de los pacientes para evitar los comportamientos suicidas, las autolesiones o la hostilidad, sobre todo al principio del tratamiento o cuando se cambia la dosis.

En cuanto al tratamiento la GPT/GuíaTDM nos dice que hay que revisar a los pacientes cada 1-2 semanas al iniciar el tratamiento. Éste se mantendrá durante como mínimo 4 sem antes de considerar el cambio de AD por falta de eficacia. En caso de respuesta parcial, se seguirá con el mismo preparado otras 2 semanas (a veces, los pacientes ancianos tardan más en responder). Tras la remisión, el tratamiento AD debe mantenerse en la misma dosis durante por lo menos 4-6 meses (aproximadamente 12 meses entre los ancianos). Los pacientes con antecedentes de depresión recidivante tienen que continuar con el tratamiento de mantenimiento (durante al menos 5 años y posiblemente de forma indefinida). El litio representa una alternativa eficaz de segunda línea para el tratamiento de mantenimiento. La combinación de dos AD puede resultar peligrosa (salvo bajo la vigilancia del especialista) (GPT, 2010).

En relación al fracaso en la respuesta al ciclo inicial del AD puede exigir un aumento de la dosis, el cambio a otro grupo de antidepresivos o, entre los pacientes con depresión mayor «atípica», el uso de un IMAO. La falta de respuesta al segundo AD requiere la adición de un fármaco como el litio o la levo-tironina (L-T₃) (uso por el especialista), la psicoterapia o el electrochoque. El tratamiento concomitante con litio o un IMAO sólo deben iniciarlo médicos con especial experiencia en estas combinaciones (GPT, 2010).

Subgrupos N06AB - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, versus el subgrupo N06AX - Otros antidepresivos

Frente a la fortaleza en la prescripción del grupo NO6A AD, cuando analizamos sus subgrupos se observa una gran dispersión. La amplia variabilidad de prescripción de este grupo viene provocada por los MAP que se decantan claramente por los ISRS con un 44.3% del total del total de ISRS prescritos, pero sólo un 8.5% del total del subgrupo OAD, mientras que los psiquiatras prescriben ambos subgrupos. Aún así, atendiendo a la patología depresiva crónica de elevado porcentaje de los pacientes, a la recurrencia y refractariedad de los tratamientos se mantienen como 2º y 3º subgrupos del ranking, con una prescripción total que representa el 22.1 para el OAD frente al 19.2 % de ISRS.

La prescripción de los MAP para el tratamiento de la depresión se caracterizó por pautar casi exclusivamente p.a. del subgrupo ISRS (80.2%) por su facilidad de manejo y menor riesgo de efectos adversos (mejor riesgo-beneficio) y aproximadamente 5 veces menos, el 17.7% del subgrupo OAD. Los psiquiatras han pautado el 65.9% de los casos OAD, y dos veces menos, 31.5% de ISRS. Han modificado así el plan terapéutico instaurado inicialmente, utilizando otro ISRS u OAD ante la baja respuesta al tratamiento, intentar conseguir mayor eficacia ante la poca remisión total, salvar la refractariedad, resistencia y recurrencia al primer AD o evitar los efectos secundarios de los episodios depresivos. Ambos han prescrito aproximadamente el mismo % del subgrupo NO6AA Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas, los ATC clásicos (2.6 psiquiatras vs 2.1 MAP).

El resto de profesionales al tener una n tan baja no es significativa a nivel global pero sí fue indicativa de su actuación. Los psiquiatras de URG prescribieron aproximadamente por igual ISRS (46.2%) que ATC clásicos (38.5%) y un 15.4% de OAD. Los profesionales de las USL, sólo prescribieron ISRS y, los neurólogos indicaron por igual OAD que NO6AA (37.5%) y algo menos ISRS (25%)

Principios activos del subgrupo NO6AB ISRS

Como paso previo a la inclusión de las indicaciones de las fichas técnicas de los AD se incluye en el anexo 32 la Clasificación de los AD según su mecanismo de acción.

Paroxetina (ficha técnica/Guía GPT): Indicaciones, tratamiento de:

- Episodio Depresivo Mayor
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Trastorno de Angustia con y sin agorafobia
- Trastorno de Ansiedad social/Fobia social

Episodio depresivo mayor

La dosis recomendada es de 20 mg/día. En general, la mejoría de los pacientes comienza después de la primera semana pero puede que no sea evidente hasta la segunda semana de terapia. Como con todos los fármacos AD, la dosificación se debe revisar, y ajustar si es necesario, a las 3-4 semanas de iniciado el tratamiento, y posteriormente si se considera clínicamente apropiado. En algunos pacientes, con una respuesta insuficiente a la dosis de 20 mg, se puede aumentar gradualmente la dosis hasta un máximo de 50 mg/día con incrementos de 10 mg de acuerdo con la respuesta clínica del paciente. En pacientes con depresión se recomienda continuar el tratamiento durante un período suficiente, al menos 6 meses, hasta asegurarse que el paciente está libre de síntomas.

Recomendación del Centro de Seguridad del Medicamento (CSM) del Reino Unido (GPT, 2010): La dosis recomendada para el TEPT, el TAG, el tratamiento de la depresión y, el trastorno de ansiedad social, es de 20 mg/día, y para el TOC y el

trastorno de pánico es de 40 mg/día. No hay pruebas de que las dosis mayores sean más efectivas. Las reacciones extrapiramidales (entre otras, las distonías orofaciales) y el síndrome de abstinencia se han notificado más veces al CSM del Reino Unido con paroxetina que con los demás ISRS.

Sertralina (ficha técnica/Guía GPT): Indicaciones, tratamiento de:

- Episodios depresivos mayores. Prevención de reaparición de episodios depresivos mayores.
- Trastorno de angustia, con o sin agorafobia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo en adultos y pacientes pediátricos de 6-17 años.
- Trastorno de ansiedad social (fobia social).

Trastorno de pánico y TEP: el tratamiento debe comenzar con 25 mg/día, incrementándose hasta 50 mg/día después de una semana, si la respuesta es parcial y el medicamento se tolera, incrementar la dosis en escalones de 50 mg durante varias semanas hasta 200 mg/día como máx. Se ha demostrado que este régimen de dosis reduce la frecuencia de los efectos colaterales que aparecen al principio del tratamiento, característicos del trastorno de pánico.

Para todas las indicaciones, la dosis diaria puede incrementarse de 50 en 50 mg a lo largo de un período de varias semanas. La dosis máxima recomendada de sertralina es de 200 mg/día. No deberían realizarse cambios en la dosis con una frecuencia mayor a una vez por semana dado que la semivida de eliminación de sertralina es de aproximadamente 24 horas.

La aparición del efecto terapéutico puede observarse en 7 días, aunque normalmente se necesitan de dos a cuatro semanas (e incluso un período mayor en el caso de TOC), para obtener una actividad terapéutica completa.

Durante los períodos terapéuticos de mantenimiento, la dosis debe ajustarse al nivel mínimo eficaz, con ajustes posteriores dependiendo de la respuesta terapéutica.

Depresión y TOC

El tratamiento con sertralina debe iniciarse con una dosis de 50 mg/día y aumentar, en caso de necesidad, en escalones de 50 mg a lo largo de varias semanas hasta un máximo de 200 mg/día; dosis de mantenimiento habitual de 50 mg/día

Citalopram (ficha técnica/Guía GPT):

Tratamiento de los episodios depresivos en la fase inicial, y como tratamiento de mantenimiento de potenciales recaídas/recurrencias. La dosis habitual es de 20 mg al día en una dosis única. La dosis puede incrementarse, si fuera necesario, hasta 40 mg al día dependiendo de la respuesta individual del paciente. La dosis máxima diaria no debe exceder de 60 mg.

Siguiendo el tratamiento inicial, no debe esperarse un efecto AD durante al menos dos semanas. Debe continuarse el tratamiento hasta que el paciente no tenga síntomas durante 4-6 meses.

Fluoxetina (*ficha técnica/Guía GPT*) sería útil únicamente en el episodio depresivo mayor. La dosis recomendada en adultos y ancianos es de 20 mg diarios. La posología se debe revisar y ajustar en caso necesario en las 3 a 4 semanas siguientes al inicio del tratamiento, y posteriormente de la forma que clínicamente se considere adecuada. Aunque a dosis más altas puede existir un incremento potencial de reacciones adversas, en algunos pacientes con una respuesta insuficiente a la dosis de 20 mg, se puede incrementar dicha dosis de forma gradual hasta un máximo de 60 mg.

Se debe realizar el ajuste de la dosis cuidadosamente y de manera individual, para mantener a los pacientes con la menor dosis efectiva posible. Los pacientes con depresión deben tratarse durante un periodo de tiempo suficiente de al menos 6 meses para asegurar que estén libres de síntomas

Discusión de los resultados ISRS:

El 51.2% de los p.a. del grupo NO6A pertenecían al subgrupo de OAD y el 44.5% a los ISRS, el resto un 4.4% a los ATC clásicos. Mientras en el subgrupo OAD son los psiquiatras los que acapararon la prescripción (89%), en el subgrupo de los ISRS esta igualada, MAP (44.3%), psiquiatras (48.9%). La prescripción del subgrupo NO6AA es marginal 4.4% por su dificultad de seguimiento, tardanza de actuación y efectos adversos.

El número de prescripciones totales de este grupo NO6AB ISRS fue de 174. La media de prescripciones o modificaciones de la misma, que los profesionales prescribieron p.a. AD de ISRS ha sido del 3.5 (con diferencias que oscilan entre la media de 7 fluvoxamina, a los 2.3 de fluoxetina). Según estos datos, los profesionales sanitarios han ajustando las dosis o las posologías diferente hasta 7 veces para 1 paciente con fluvoxamina, mientras que para fluoxetina con 2.3 administraciones ya ha sido suficiente. La prescripción coincidió en las pacientes mujeres en 6 combinaciones dobles (2 de Escitalopram y fluoxetina, 2 de citalopram y escitalopram, 1 de citalopram paroxetina y, finalmente 1 de sertralina con fluoxetina). En los hombres coincidieron en 3, todas combinaciones dobles (1 de Citalopram escitalopram, 1 de paroxetina fluoxetina y 1 de paroxetina fluvoxamina).

La dificultad del tratamiento de los trastornos afectivos por su alta comorbilidad provocó cambios no sólo de dosificación sino de la pauta terapéutica. Por consiguiente ante la ineficacia del tratamiento, como recurso para resolver depresiones resistentes, para conseguir mayor eficacia en la remisión, o evitar efectos adversos por problemas relacionados con medicamentos (PRM), los profesionales sanitarios modificaron su plan terapéutico y pautaron otros principios activos de este subgrupo como primer paso a resolver los TDM. Esta nueva reasignación en la administración de AD ha ocurrido en 70 ocasiones y afectó a 9 personas (6 mujeres y 3 hombres). A 4 mujeres se le cambio el ISRS dos veces, en el caso de los hombres a 3 se les cambió 2 veces. El porcentaje de afectación en la muestra es del 12.8% en mujeres y el 15.8% en los hombres.

Se prescribieron ISRS a 41 personas del estudio que representa el 82% de la muestra (24 mujeres, 61.5% de la población de mujeres y 17 hombres, 89.5%). No se pautó ningún ISRS a 9 pacientes (7 mujeres y 2 hombres), aunque a 3 mujeres y 2 hombres se les instauró una pauta directamente con AD del subgrupo NO6AX OAD. El número de prescripciones totales de este subgrupo NO6BA ISRS ascendió a 174, prescritos a 41 personas, por tanto a cada paciente se le han pautado 4.2 ISRS de media, 4.8 en mujeres y 3.4 en hombres.

Aunque todos los p.a. que se enumeran pertenecen al subgrupo NO6AB ISRS no tienen autorizadas las mismas indicaciones de uso. La Guía NICE del TEPT (2005) recomienda que los tratamientos farmacológicos con paroxetina se deberían ofrecer de forma individual o adjunta al tratamiento psicológico en adultos si no impacta negativamente en la capacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento psicológico. Teniendo en cuenta esta recomendación de la Guía NICE del TEPT (2005) y la GPT (2010) y las fichas técnicas de los p.a. reseñados, podemos afirmar que las condiciones de uso autorizado, son las citadas explícitamente en su ficha técnica, donde esta contenida la información oficial tanto sobre las indicaciones aprobadas y aceptadas por el MSSSI. Por tanto para el tratamiento del TEPT que las víctimas afectadas se puede usar paroxetina y sertralina. Para los EDM solos serían útiles además de los dos anteriores el citalopram y fluoxetina, siendo citalopram útil en los casos de recaídas o recurrencias de los episodios depresivos.

En cuanto a la prescripción por especialista siguiendo el criterio de uso autorizado, Citalopram representó el 34.5% del total de la prescripción, paroxetina el 23.6% y escitalopram el 20.7%. Citalopram fue pautado mayoritariamente por los MAP (51.7%) frente al 41.7% de los psiquiatras. Paroxetina, en cambio fue pautado mayoritariamente por los psiquiatras (56.1%) frente al 39.6% de los MAP. Escitalopram fue pautado en valores absolutos igualmente por los MAP que psiquiatras (17 prescripciones, el 20% aproximadamente de cada especialista). Los MAP pautaron más fluoxetina (64.3%) que sertralina (25%). Los psiquiatras al contrario, sertralina (68.7%) frente al 14.3% de fluoxetina. Los psiquiatras son los únicos que utilizan fluvoxamina pero residualmente. Los MAP y los psiquiatras prescribieron por igual los p.a. de este subgrupo. (44.2% vs el 48.9%). Los MAP de decantaron por la prescripción de citalopram (40.3%), siendo además la mayor de todos los prescriptores, en 2º lugar escitalopram (22.1%) y en tercer lugar paroxetina (20.8%). Los psiquiatras mantuvieron un % equilibrado entre citalopram (29.4%), paroxetina (27.1%) y escitalopram (20%). Los MAP prescribieron más tanto en valores absolutos como en relativos del total de cada p.a. por este orden citalopram, escitalopram (coinciden en % con los psiquiatras) y fluoxetina (siendo además los de mayor % de todos los profesionales). En cambio los psiquiatras prescribieron por orden paroxetina, escitalopram y sertralina.

Principios activos del subgrupo NO6AX OAD

Mirtazapina (Guía NICE del TEPT y de la depresión/ GuíaTDM y ficha técnica/GPT)

Indicación: Tratamiento de episodios de depresión mayor.

La dosis eficaz diaria en adultos que se utiliza generalmente es de entre 15 y 45 mg al acostarse; la dosis de inicio es de 15 ó 30 mg. En general, mirtazapina empieza a actuar después de 1-2 semanas de tratamiento. El tratamiento con una dosis adecuada debe proporcionar una respuesta positiva en 2-4 semanas. Si la respuesta es insuficiente, la dosis puede aumentarse hasta la dosis máxima, 45 mg/día en una sola toma al acostarse o en 2 tomas, pero si no se produce respuesta en 2-4 semanas más, debe suspenderse el tratamiento.

Venlafaxina (Guía NICE del TEPT y de la depresión/ GuíaTDM y ficha técnica/GPT)

Indicación:

Tratamiento de episodios depresivos mayores.

Para la prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores.

Tratamiento del trastorno de ansiedad social.

Trastorno de ansiedad generalizada (la de liberación retardada) sólo en la GPT

Episodios depresivos mayores

La dosis inicial recomendada de venlafaxina de liberación inmediata es de 75 mg/día repartida en dos o tres dosis divididas tomadas con comida. Los pacientes que no respondan a la dosis inicial de 75 mg/día pueden beneficiarse de incrementos de la dosis hasta 150 mg/día, repartidos en 2 tomas y aumentar si procede, al cabo de 3-4 semanas hasta una dosis máxima de 375 mg/día. Los incrementos en la dosificación pueden realizarse a intervalos de 2 semanas o más. Si está justificado clínicamente debido a una gravedad de los síntomas, pueden realizarse aumentos de la dosis a intervalos más frecuentes, pero no inferiores a 4 días. En pacientes, con depresión grave u hospitalizados, se debe seguir aumentando la dosis, si procede, en escalones de hasta 75 mg cada 2-3 días, máx 375 mg/día.

Debido al riesgo de efectos adversos relacionados con la dosis, sólo deben realizarse aumentos de la dosis tras una evaluación clínica. La estrecha supervisión de los pacientes, y en particular de aquellos con alto riesgo, debe acompañar a la terapia farmacológica especialmente en el inicio del tratamiento y tras los cambios de dosis. Los pacientes (y los cuidadores de los pacientes) deben ser alertados

sobre la necesidad de monitorizar cualquier empeoramiento clínico, comportamiento o pensamientos suicidas y cambios inusuales en el comportamiento y buscar consejo médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. Debe mantenerse la dosis efectiva menor. Debe tratarse a los pacientes durante un periodo de tiempo suficiente, normalmente varios meses o más. El tratamiento debe ser reevaluado regularmente según cada caso.

Para la prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores.

El tratamiento a largo plazo también puede ser apropiado para la *prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores (EDM)*. En la mayoría de los casos, la dosis recomendada en prevención de la recurrencia de EDM es la misma que la usada durante el episodio actual. Debe continuarse con la medicación antidepresiva durante al menos seis meses tras la remisión.

En relación con trazodona, en comparación con los tricíclicos más antiguos (p. ej., amitriptilina), los fármacos relacionados con los tricíclicos (entre ellos trazodona) se indican en enfermedad depresiva, sobre todo si se requiere sedación; ansiedad. Presentan una menor incidencia de efectos adversos antimuscarínicos, como sequedad de boca y estreñimiento. También se asocian con un menor riesgo de cardiotoxicidad en caso de sobredosis, pero algunos presentan efectos adversos adicionales. No obstante ninguna de las Guías mencionadas la recoge entre sus recomendaciones frente a estos trastornos (GPT, 2010).

Duloxetina (*ficha técnica/GPT*), al igual que con la trazodona no es recogida por ninguna de las Guías mencionadas en sus recomendaciones como de utilidad frente a estos trastornos. No obstante entre las indicaciones autorizadas en su ficha técnica se encuentran:

Tratamiento del trastorno depresivo mayor.

Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

Tratamiento del dolor neuropático periférico diabético en adultos.

Trastorno depresivo mayor:

La dosis inicial y de mantenimiento recomendada es de 60 mg una vez al día, independientemente de las comidas. En ensayos clínicos se han estudiado, desde una perspectiva de seguridad, dosis superiores a 60 mg/día hasta un máximo de 120 mg/día. Sin embargo, no existe evidencia clínica que sugiera que los pacientes que no responden a la dosis inicial recomendada se beneficien de incrementos en la dosis.

Normalmente la respuesta terapéutica se observa a las 2-4 semanas de tratamiento.

Después de la consolidación de la respuesta antidepresiva se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses, con el fin de evitar las recaídas. En pacientes que responden a duloxetina, y con una historia previa de episodios repetidos de depresión mayor, se podría considerar un tratamiento a largo plazo adicional a dosis de 60 a 120 mg/día.

Trastorno de ansiedad generalizada:

La dosis inicial recomendada en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es de 30 mg una vez al día independientemente de las comidas. La dosis se debe incrementar a 60 mg en pacientes con respuesta insuficiente; ésta es la dosis habitual de mantenimiento en la mayoría de los pacientes.

En pacientes con trastorno depresivo mayor comórbido, tanto la dosis de inicio como la de mantenimiento es de 60 mg una vez al día (ver la recomendación de la dosis anteriormente indicada).

Se ha demostrado que son eficaces dosis de hasta 120 mg al día, siendo evaluadas desde una perspectiva de seguridad en los ensayos clínicos. Por lo tanto, puede considerarse un escalado de la dosis de hasta 90 o 120 mg en aquellos pacientes

con respuesta insuficiente a dosis de 60 mg. El escalado de la dosis debe basarse en la respuesta clínica y en la tolerabilidad. Después de la consolidación de la respuesta, se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses para evitar recaídas.

Por lo que hace referencia a *reboxetina* aunque su ficha técnica recoge autorizadas las indicaciones en el tratamiento agudo de los trastornos depresivos/depresión mayor y en el mantenimiento de la mejoría clínica en pacientes que han respondido inicialmente al tratamiento (GPT, 2010), es necesario valorar el estudio que realizó el Instituto Alemán para la calidad y la eficacia de la atención sanitaria coordinado por Wiesler (2010)⁸

Bupropión fue utilizada como tercer paso para aquellos pacientes que no habían respondido con diversos antidepresivos y combinaciones entre ellos, en el proyecto *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depresión* (STAR*D) (Rush et al, 2006), que exploró la eficacia de los AD en la fase aguda y a largo plazo en una amplia muestra de pacientes. Según este estudio la asociación de bupropión con otros AD permitiría activar mecanismos de potenciación por vía farmacocinética (p. ej. aumentos de niveles plasmáticos al asociarlo con venlafaxina), y farmacodinámica (potenciación 5HT indirecta por incremento de la liberación extracelular de Dopamina y Norepinefrina). Sin embargo el uso de estas indicaciones son actualmente no autorizadas (*off the label*) (Ficha técnica bupropión).

Finalmente, por lo que respecta a los IMAO se utilizaron mucho menos que los ATC o que los ISRS, debido a los peligros de interacción alimentaria y farmacológica y a que resulta más fácil prescribir los IMAO cuando no han surtido efecto los ATC que viceversa. Tranilcipromina es el IMAO más peligroso por su acción estimuladora aunque como veremos en el estudio STAR*D de Rush et al (2006) que exploró la eficacia de los AD en la fase aguda y a largo plazo en una amplia muestra fue utilizada como cuarto paso para aquellos pacientes que no habían respondido con diversos AD y combinaciones entre ellos.

Discusión de los resultados de OAD.

La prescripción fue: Venlafaxina fue pautaada en 11 pacientes de los cuales en 6 casos en combinación sólo con un ISRS (4 con citalopram), en los 5 restantes casos apareció con un ISRS y otro AD del subgrupo N06AX, es de resaltar que nunca se pautaron como único AD en solitario, siempre fuese pautaado de forma combinada. La combinación más numerosa con 7 casos fue Venlafaxina + citalopram, las otras 4 Venlafaxina + Paroxetina. Mirtazapina fue indicada en 10 pacientes de los cuales en 3 casos no ha estado combinada con ningún ISRS, aunque sí con antipsicóticos, 2 con quetiapina y 1 con olanzapina. De los 7 restantes la combinación más numerosa ha sido Mirtazapina + citalopram en 5 pacientes, y Mirtazapina + paroxetina en 2. Duloxetina se usó en combinación con ISRS en 5 ocasiones no acompañada de otro AD, y en una ocasión fue pautaada sola como único AD. Para evitar que existiesen pacientes que mantenían síntomas de depresión o no lograban la remisión por diversas causas: recibieron el mismo AD durante todo el período de estudio, que el tratamiento con un solo AD fue ineficaz, que no hubo remisión de los síntomas, que se produjo la resistencia de los mismos o por evitar efectos adversos, los profesionales sanitarios modificaron su plan terapéutico y pautaron otros principios activos del grupo N06AX o combinaciones de este subgrupo tal como recomiendan las diferentes guías de internacionales para este

⁸ Según un estudio realizado por el Instituto Alemán para la calidad y la eficacia de la atención sanitaria coordinado por Beate Wiesler, ha estudiado los beneficios y riesgos del antidepresivo reboxetina (Norebox) este fármaco frente a placebo y otros ISRS, concluyendo que en la información divulgada por Pfizer de los ensayos clínicos de este fármaco se sobrestima los beneficios respecto a placebo, medicamento ineficaz y subestima sus riesgos convirtiéndolo en potencialmente dañino (British Medical Journal. 14.10.2010 (BMJ);DOY:10.1136/bmj.c4737).

tipo de tratamientos. Así el número de prescripciones totales de este grupo NO6AX OAD fue de 200. La media de prescripciones o modificaciones de la misma, de p.a. de este subgrupo según las ocasiones coincidentes, o no, que los profesionales han prescrito p.a. de OAD ha sido del 5.1 (con diferencias que oscilan entre la media de 8 reboxetina, a los 1.5 de bupropión). Según estos datos, los profesionales sanitarios han pautado ajustando las dosis o las posologías diferentes hasta en 5.4 veces para un paciente con reboxetina, mientras que para bupropión con 1.5 administraciones ya ha sido suficiente.

La prescripción analizada apuntó a que no se consideraron los sucesivos escalones de tratamiento recomendado para los pacientes no respondedores. La dificultad del tratamiento de los trastornos afectivos por su alta comorbilidad, resistencias, refractariedad, poca remisión y gravedad provocó cambios no sólo de dosificación sino de la pauta terapéutica pasando de indicar ISRS a pautar NO6AX OAD. En concreto a excepción de 4 pacientes que inicialmente no tenían pautado ISRS, a los demás pacientes (en su proceso les han pautado entre 1 y 5 p.a. del subgrupo NO6AX). Por parte de los psiquiatras se realizó una nueva reasignación en la administración de OAD. Ocurrió en 12 pacientes (9 mujeres y 3 hombres) se les prescribió 1 único NO6AX, a 7 (4 a hombres y 3 a mujeres) dos NO6AX, 1 hombre con 4 y finalmente 1 mujer con 5. El uso de Trazodona, Reboxetina y Bupropión siempre ha ido acompañado de Venlafaxina o de Mirtazapina, nunca se han prescrito como únicos AD.

Se han prescrito NO6AX OAD a 26 personas del estudio lo que representa el 52% de la muestra (15 mujeres, 38.5% de la población femenina y 11 hombres 57.9% de la masculina). En 5 pacientes se pautaron directamente como únicos AD, sin ISRS. El número de prescripciones totales fue de 200, prescritos a 26 personas, por tanto a cada paciente se le han pautado 7.7 AD de media, 8 en mujeres y 7.3 en hombres. En 21 de los 26 pacientes a los que se les indicó el subgrupo NO6AX, en 5 casos (3 mujeres y 2 hombres) no hubo previamente ninguna prescripción de ISRS. En los restantes casos la reasignación a OAD afectó a un total de 21 personas, 42% de la muestra (12 mujeres, 30.7% de la población femenina y 9 hombres, 47% de la masculina).

Si tenemos en cuenta las condiciones de uso autorizado, y añadimos las posibles recomendaciones de las Guías internacionales y nacionales expuestas a lo largo de este estudio obtenemos que la prescripción de este subgrupo estaba claramente centralizada en los psiquiatras (89% versus el 8.5% de los MAP). Los psiquiatras pautaban de cada uno de los p.a. de este subgrupo más del 84%. Los psiquiatras pautaban con dos p.a. aproximadamente el 65% (64.1%) de sus prescripciones (venlafaxina 37.6% y mirtazapina 26.4%). El 30% restante lo indican con trazodona (19.1%) y duloxetina (11.8%). Los MAP prescriben fundamentalmente venlafaxina casi el 45% (41.2%) y el mismo % de duloxetina (más parecida a los ISRS) que de mirtazapina (17.7%)

No obstante la Depresión refractaria/resistente al tratamiento (DRT) es una de las condiciones más complejas en psiquiatría desde el punto de vista terapéutico debido a diferentes definiciones, algoritmos y criterios de respuesta que hacen difícil ofrecer alternativas eficaces. Por este motivo para resolver los problemas con los que se encuentran en la práctica clínica los psiquiatras se realizó el estudio *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)* (Rush et al, 2006), que exploró la eficacia de los antidepresivos en la fase aguda y a largo plazo (anexo 33).

*El estudio Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)*
(Rush et al, 2006)

El Estudio Secuenciado de Alternativas de Tratamiento para Aliviar la Depresión (STAR-D, por sus siglas en inglés)* es el mayor ensayo de tratamiento del TDM llevado a cabo en entornos de práctica real, y el primero en estudiar la remisión como una medida de resultado primaria y predefinida. STAR*D exploró la eficacia de los antidepresivos en la fase aguda y a largo plazo en una amplia muestra de 4.041 pacientes adultos reclutados en 41 CAP y psiquiatría especializada, diagnosticados de depresión mayor no psicótica, de los cuales muchos de ellos presentaban cuadros depresivos crónicos o recurrentes, y era también habitual la presencia de enfermedades somáticas comórbidas, se encontró una proporción de depresión ansiosa del 44% al 46% al utilizar la escala de Hamilton de la Depresión, lo que corrobora otros estudios con porcentajes del 40% al 50%. Está conformado por cuatro etapas diferentes de resistencia/refractoriedad (anexo 33)

✓ Primer paso (monoterapia con citalopram): Después del tratamiento con citalopram (dosis media de 41.8 mg/día), durante un máximo de 14 semanas, sólo un 32,9% de los pacientes lograron la remisión (algunos a partir de la octava semana o después). La peor respuesta se asoció a bajo status socioeconómico, mayor comorbilidad psiquiátrica en ejes I y II, bajo nivel de funcionamiento psicosocial previo, bajo nivel de vida y formas clínicas agitado-ansiosas y melancólicas.

✓ En el segundo paso, nivel 2, se utilizó varias estrategias de cambio, a un antidepresivo del mismo grupo, de otro grupo o dual. La tasa de respuesta conseguida para sertralina (ISRS) fue del 27%, para bupropion (otro grupo) de liberación sostenida del 26%, y para venlafaxina (dual) de liberación retardada del 25%. No se hallaron por tanto diferencias significativas a favor de ninguna de las 3 pautas. La otra rama del paso 2 consistió en una potenciación de citalopram con bupropion de liberación sostenida o buspirona. La idea era combinar agentes que actúan sobre serotonina con un agente que actúa sobre las catecolaminas (dopamina y noradrenalina), pero no existen estudios controlados con placebo. Respondieron respectivamente un 39% y un 33% con diferencias en el tiempo para lograr la remisión (6.3 vs. 5.4 semanas). La combinación con bupropion de acción retardada fue, además de más eficaz, mejor tolerada.

Un metaanálisis (Rush et al, 2006) encontró que los pacientes refractarios a un ISRS y que fueron aleatorizados para cambiar a un antidepresivo no ISRS (bupropión, mirtazapina, venlafaxina) fueron más propensos a experimentar la remisión (28%) que los pacientes que cambiaron a un segundo ISRS (23,5%) (RR=1.29; p=0.007) y sin mayores eventos adversos. Mientras los mecanismos de acción de mirtazapina y Venlafaxina han sido expuestos anteriormente, se expone el de bupropión por su interés en este estudio STAR*D:

Bupropión⁹ es el agente prototípico del grupo de inhibidores de la recaptación de norepinefrina y de dopamina (IRND). Actúa de modo selectivo en los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, mediante la fijación al transportador presináptico e inhibición de la recaptación de estos neurotransmisores, así como un posible aumento de la liberación presináptica de noradrenalina. No tiene efecto clínicamente significativo a nivel serotoninérgico, histaminérgico, muscarínico o alfa adrenérgico. Bupropión sufre un amplio metabolismo en el ser humano, con tres metabolitos activos (hidroxibupropión, treohidrobupropión y eritrohidrobupropión), hidroxibupropión no sólo es un bloqueador de la recaptación de norepinefrina más potente que el mismo bupropión, sino que, además, se concentra en el cerebro. Por tanto, podemos considerar al bupropión como un profármaco (es decir, un precursor) que un fármaco en sí mismo. Así su metabolito activo hidroxilado, es el fármaco "real", y es éste el auténtico mediador de la eficacia antidepresiva

⁹ Ficha técnica, Bupropión de liberación sostenida (Elontril[®]). Agencia Española del Medicamento.

mediante el bloqueo de la recaptación de norepinefrina y dopamina. La presentación disponible en países europeos y España, es la de liberación sostenida que permite su aplicación una vez al día a dosis de 150-300 mg.

No está asociado a la producción de la molesta disfunción sexual que se puede dar con los ISRS, debido a que carece de un componente serotoninérgico significativo para su mecanismo de acción. Así pues, parece que podría ser un antidepresivo útil no sólo para los pacientes cuya depresión no responde a la estimulación serotoninérgica de los ISRS, sino también para los pacientes que no pueden tolerar los efectos secundarios serotoninérgicos de los ISRS. Dado que es metabolizado por el sistema Cy P-450, 2B6, es preciso considerar los posibles efectos de la coadministración con varios psicofármacos como carbamazepina, fenitoína, valproato, levodopa, risperidona, tioridazina, desipramina, imipramina, trimipramina, y algunos ISRS). Está contraindicada su administración conjunta con IMAOS. Se han descrito aumentos de niveles plasmáticos por la administración conjunta con venlafaxina y citalopram.

Partiendo de esos datos, es posible especular que la combinación de bupropión con otros AD permitiría activar mecanismos de potenciación farmacodinámicos (potenciación 5HT indirecta por incremento de la liberación extracelular de Dopamina y Norepinefrina) y mecanismos de potenciación por vía farmacocinética (P. ej. aumentos de niveles plasmáticos al asociarlo con venlafaxina).

✓ En el tercer paso también aparecen dos ramas diferenciadas: el cambio a mirtazapina (8% respondieron) o nortriptilina (12%), o bien la potenciación clásica con litio (13% respuesta) o con hormona tiroidea T3 (25% respuesta). El estudio STAR-D (Rush et al, 2006) encontró que las tasas de remisión no fueron significativamente diferentes entre el aumento con litio (13%) y el aumento con T3 (25%), ni tampoco la duración de la remisión (7.4 *versus* 6.6 semanas). Pero hubo más efectos adversos con el litio, y el 23% de los participantes dejaron el tratamiento debido a los efectos adversos en comparación con sólo el 10% de los tratados adicionalmente con T3.

✓ A los pacientes que llegaron al cuarto paso se les prescribió tranilcipromina a una dosis media de 36.9 mgr/día (14% respuesta), o bien la combinación mirtazapina, a dosis media de 35.7 mgr/día, + venlafaxina, a dosis media de 210.3 mgr/día (16% respuesta). El tratamiento combinado venlafaxina + mirtazapina fue más fácil de usar (sin período de lavado ni restricciones alimentarias) y mejor tolerado.

Conclusiones del estudio STAR*D

✓ Este estudio mostró que las tasas de remisión disminuyen con cada etapa de tratamiento y que el 35% de aquellos que no alcanzaron la remisión durante la monoterapia con citalopram y usaron terapia combinada (35%) finalmente lo lograron *versus* aquellos que eligieron seguir con otra monoterapia (27%).

✓ Es evidente que hay rendimientos decrecientes a medida que el número de intentos de tratamiento aumenta, pero las tasas de respuesta globales cuando los pacientes siguen en tratamiento durante las cuatro fases que componen el STAR*D (Rush et al, 2006) aproximadamente el 67% alcanza la remisión.

El tercio de pacientes no respondedor se asoció a peor status socioeconómico, comorbilidad médica, comorbilidad psiquiátrica en los ejes I y II, cronicidad o recurrencia y forma clínica agitado-ansiosa o melancólica, prácticamente igual que al final del paso 1. A juicio de Ruiz Doblado et al (2010), estos pobres resultados podrían relacionarse, de un lado, con problemas metodológicos, y, de otro, con la

inclusión de un número escaso de depresiones melancólicas o severas en relación al elevado número de casos incluidos de atención primaria, depresión crónica y depresión con comorbilidad psiquiátrica en los ejes I y II. Si depurásemos la amplia muestra y sacáramos de ésta las depresiones no melancólicas y las depresiones crónicas comórbidas con trastornos de los ejes I (p.ej. angustia) y II (trastornos de personalidad), manteniéndose un grupo más homogéneo de auténticas depresiones melancólicas, los resultados serían probablemente más satisfactorios. El diseño de estudios con series de casos amplias aporta más datos relevantes y válidos cuanto más homogéneo o "puro" es el grupo de pacientes que se incluye en el mismo.

✓ Los resultados a largo plazo en respondedores parciales a antidepresivos y pacientes con DRT después de la fase II de tratamiento del estudio STAR*D (Rush et al, 2006) más de un tercio de los participantes estaban dispuestos a entrar en seguimiento sin haber alcanzado la remisión. Las tasas de recurrencias en los primeros 12 meses fueron del 47% para los que entraron a seguimiento en remisión y del 68% para los que entraron a seguimiento sin remisión. El tiempo promedio hasta la recurrencia fue de 4,5 meses para los remitentes y 3,2 meses para los no remitentes. Alrededor del 30% de los participantes se retiraron antes de tiempo de su segundo tratamiento. La remisión fue algo más lenta con el aumento de la terapia cognitiva en comparación con el aumento de medicamentos.

En cuanto al manejo a largo plazo de pacientes con DRT, el estudio STAR*D muestra que las tasas de remisión, cercanas al 67% luego de varias estrategias, se reducen al 45% cuando se incluyen en el análisis los pacientes que abandonan el estudio. Esto sugiere que el orden de administración de las alternativas terapéuticas aconsejadas hasta hoy necesita ser revaluado.

✓ Uno de los síntomas que aparece con frecuencia en el TDM es la ansiedad. Existen dos aproximaciones a este síntoma; una dimensional, en la cual los EDM tienen niveles altos de síntomas ansiosos y otra aproximación sintomática, en la cual la ansiedad es una comorbilidad descritas ambas en el estudio STAR*D (Rush et al, 2006) y observada en el estudio de (Fava et al, 2000) donde la respuesta a AD en pacientes con depresión ansiosa es más lenta e incluso menor cuando se compara con la aparecida en pacientes con depresión sin ansiedad. El estudio STAR*D (Rush et al, 2006) encontró una proporción de depresión ansiosa del 44% al 46% al utilizar la escala de Hamilton (Ham-D), lo que corrobora otros estudios con porcentajes del 40% al 50%. La respuesta a AD en pacientes con depresión ansiosa es más lenta e incluso menor cuando se compara con la aparecida en pacientes con depresión sin ansiedad (Fava y Rankin, 2000; Fava et al, 2000).

Como hemos descrito, uno de los síntomas que aparece con frecuencia en el TDM es la ansiedad. Existen dos aproximaciones a este síntoma; una dimensional, en la cual los EDM tienen niveles altos de síntomas ansiosos y otra aproximación sintomática, en la cual la ansiedad es una comorbilidad.

Un estudio retrospectivo de 13.085 pacientes con trastornos de ansiedad determinó que la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico dual (depresión y ansiedad) fue del 46.8% vs 40.2% ($p < 0.001$) en pacientes con solo ansiedad. Así, los síntomas de ansiedad parecerían disminuir la adherencia en el TDM (Stein, et al, 2006). Así mismo otros estudios muestran una mayor interrupción del tratamiento antidepresivo debida a efectos adversos en aquellos pacientes con depresión ansiosa respecto a aquellos que tienen depresión sin ansiedad.

En nuestro país, el Grupo Español para el Estudio de las Asociaciones de Antidepresivos (GEAA), se ha ocupado con profundidad en los últimos años de documentar y analizar las posibilidades terapéuticas de los mecanismos de potenciación y de combinación de antidepresivos (De la Gándara et al, 2008). Este

grupo elaboró un algoritmo de tratamiento en 2005, actualizándolo en 2008. El nuevo algoritmo se basa en revisiones y propuestas realizadas por otros autores, en ensayos terapéuticos realizados por el grupo GEAA y en la propia experiencia clínica diaria de los autores (tipo "consenso de expertos"). Los sucesivos pasos del algoritmo son:

* Paso 1: antidepresivo a suficiente dosis y duración. La elección dependerá de las características clínicas predominantes del cuadro. Un ansiolítico puede asociarse durante la fase inicial de tratamiento si es necesario. Otra opción de primera línea incluye el inicio del tratamiento con la asociación ISRS (p.ej. escitalopram) + mirtazapina.

* Paso 2: Combinación de AD siguiendo el siguiente protocolo: mantener o incrementar la dosis del primer antidepresivo, según el alcance de la respuesta, y asociar un segundo antidepresivo. Las combinaciones recomendadas son las siguientes: ISRS+mirtazapina, venlafaxina+mirtazapina, duloxetina+mirtazapina, ISRS+reboxetina, tricíclico+mirtazapina, tricíclico+ISRS y mirtazapina+moclobemida (RIMA).

* Paso 3: se recomiendan las combinaciones tricíclicos+mianserina y tricíclicos+IMAO clásicos, la potenciación con litio, T3, metilfenidato o antipsicóticos atípicos, y la utilización de técnicas no farmacológicas como la TEC.

* Conclusión: las combinaciones de AD han pasado de ser una opción terapéutica marginal, situada habitualmente en el tercer escalón de los algoritmos, a ser una opción de elección cuando existe resistencia al tratamiento de primera línea (escalón 2 e incluso 1).

El estudio STAR*D representó un esfuerzo de seguimiento de 7 años con miles de pacientes y cientos de investigadores. ¿Qué hemos aprendido del STAR*D? (Rush, 2007; Keitner et al, 2008) se preguntaron sus investigadores. De un lado, reforzar la idea de que la remisión (síntomas leves o inexistentes, nivel de funcionamiento similar al premórbido), y no la simple respuesta (reducción de al menos un 50% de la puntuación en la escala utilizada) es el objetivo último del tratamiento antidepresivo. "Menos depresivo" no es un resultado ambicioso, al igual que "menos hipertenso" no es el objetivo final del tratamiento de la HTA. El paciente debe presentar remisión. Los investigadores también señalan en su editorial que debe investigarse con mayor profundidad la aceptable tolerabilidad, seguridad y eficacia de la combinación venlafaxina+mirtazapina del paso 4º. Otro de los hallazgos relevantes del estudio, en opinión de Rush (2007) es la buena tolerabilidad y eficacia clínica encontrada tanto para las potenciaciones (antidepresivo+ otro agente) como para las combinaciones de dos antidepresivos de diferente perfil, lo que requiere investigación y profundización en el futuro.

La respuesta a la pregunta de estos investigadores muy útil en este trabajo la proporciona (Yazici, 2009) incluido en el artículo de Ruiz Doblado et al (2010) que recoge en un trabajo de síntesis ("después del STAR*D") las recomendaciones a seguir a la hora de abordar las depresiones resistentes con un aceptable grado de evidencia y actualización:

- 1.- La definición de depresión resistente se articula como la falta de respuesta a dos ensayos terapéuticos antidepresivos a dosis y duración suficientes.
- 2.- El tratamiento debería comenzar con monoterapia a dosis óptimas. Muchos pacientes requieren de 6-8 semanas para alcanzar la respuesta o, en su caso, la remisión. En la semana 4ª debería mantenerse la dosis inicial si hay respuesta parcial, o bien incrementarse hasta la dosis máxima tolerada si no hay respuesta o ésta es muy pobre.

3.- En caso de una absoluta no respuesta en la 6ª semana, debería descartarse pseudoresistencia (diagnóstico erróneo, cumplimiento inadecuado). Si la resistencia es real, debería cambiarse a otro antidepresivo de distinto perfil. Si la respuesta fuese parcial en la semana 6ª, una alternativa razonable es la potenciación con un agente no antidepresivo o bien la asociación de un 2º antidepresivo de distinto perfil.

4.- Los predictores de elección de una de estas estrategias permanecen aún poco claros, a pesar del esfuerzo realizado en el STAR*D. Es razonable usar la potenciación o la combinación en depresiones melancólicas o severas. Si una depresión melancólica empeora progresivamente a pesar del tratamiento farmacológico, debería usarse TEC.

5.- Al estado actual de conocimientos, casi todas las estrategias de potenciación y de combinación tendrían una eficacia similar en caso de resistencia (no así de tolerabilidad y seguridad). T3 o litio pueden considerarse como las estrategias de elección para potenciación. En el caso de que se opte por la combinación, ISRS + bupropion, ISRS + mirtazapina, ISRS + reboxetina, venlafaxina + mirtazapina y tricíclicos + mianserina o mirtazapina son opciones válidas.

El estudio STAR*D (Rush et al, 2006) mostró que las tasas de remisión disminuyen con cada etapa de tratamiento y que el 35% de aquellos que no alcanzaron la remisión durante la monoterapia con citalopram y usaron terapia combinada finalmente lo lograron *versus* aquellos que eligieron seguir con otra monoterapia (27%). Es evidente que hay rendimientos decrecientes a medida que el número de intentos de tratamiento aumenta, pero las tasas de respuesta globales cuando los pacientes siguen en tratamiento durante las cuatro fases que componen el STAR*D, aproximadamente el 67% alcanza la remisión. En cuanto al manejo a largo plazo de pacientes con DRT, el estudio STAR*D muestra que las tasas de remisión, cercanas al 67% luego de varias estrategias, se reducen al 45% cuando se incluyen en el análisis los pacientes que abandonan el estudio. Esto sugiere que el orden de administración de las alternativas terapéuticas aconsejadas hasta hoy necesita ser reevaluado.

Actualmente se considera que la depresión mayor es un trastorno crónico, con tasas muy elevadas de recurrencia a lo largo de la vida, se han descrito que sólo un 30 % de pacientes con TDM remiten con un ISRS es necesario la utilización de otros antipsicóticos útiles para el tratamiento del TDM que hacen que el uso conjunto de antidepresivos más antipsicóticos se eleve hasta el 51.38 % de todas las prescripciones de los pacientes (Rush et al, 2006). El promedio de pacientes que mantiene la remisión es del 54.6%, porcentaje similar al descrito en Reino Unido y algo inferior que el de otros estudios que encuentran tasas de remisión de hasta el 67%, tras un máximo de 4 intentos sucesivos de tratamiento agudo (Wade et al, 2007).

En nuestro estudio todas las personas de la muestra habían sido caracterizadas como hemos visto de alguna enfermedad mental inespecífica, o no, con síntomas transversales de ansiedad, depresión, insomnio y somatizaciones. Así siguiendo el criterio del estudio STAR*D, y las Recomendaciones en el uso de los fármacos según la GuíaTDM, hemos obtenido las siguientes tasas de remisión en cada uno de los pasos:

✓ Primer paso: se recomiendan los ISRS como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor (citalopram en STAR*D, cualquiera en la GuíaTDM).

En nuestro estudio existen 46 personas con diferentes grados de depresión (42 con comorbilidad ansiedad/depresión y 4 personas con depresión pura), de las cuales a 41 personas se les pautó inicialmente un AD y en 5 de las restantes personas no se

pauta ningún ISRS de entrada sino que se indicó OAD del subgrupo N06AX. Según estos datos y las indicaciones recogidas en las correspondientes fichas técnicas se podría considerar acertada la prescripción frente a EDM en el 75.6% de las prescripciones pautadas a 31 personas (62% de la muestra) 16 mujeres (51.6%) y 15 hombres (78.9%). Por consiguiente podríamos decir que el 24.7% de prescripciones, el 38% de la muestra (49,38% mujeres y 11,05% hombres) no ha sido acertada, pues de las 41 personas que les pautaron ISRS como monoterapia inicial sólo 31 tenían una prescripción correcta

Teniendo en cuenta que de 45 personas con diversos grados de depresión, se medicaron para la depresión 41 y no remitieron 27 que siguieron con otra medicación (26 con p.a. del subgrupo N06AX OAD y 1 con APS directamente). Por tanto si comparamos nuestro estudio con el primer paso de STAR*D (monoterapia de citalopram), a 14 pacientes que se les pauto citalopram de los 41 a los que se les prescribió ISRS obtuvieron respuesta, por tanto remitieron, siendo este resultado coincidente (34.1%) con el estudio STAR*D.

✓ Segundo paso:

En el segundo paso se combinaron directamente venlafaxina + mirtazapina (12 personas) u otros AD trazodona (2 personas en solitario), duloxetine (en solitario 3 personas). Según estos datos y las indicaciones recogidas en las correspondientes fichas técnicas sólo se podría considerar acertada la prescripción frente a TDM en un 63,59% de las prescripciones pautadas a 19 personas (38% de la muestra) sobre un total de 27 personas, 10 mujeres (32,26%) y 9 hombres (47,37%). De la prescripción de otros antidepresivos y de antipsicóticos podríamos deducir que 27 personas han pasado del estadio de EDM a TDM.

En el estudio STAR*D (Rush et al, 2006) en terapia combinada alcanzaron la remisión un 35% (si analizamos sólo la utilización de venlafaxina liberación retardada la remisión fue del 25%) en esta investigación ese porcentaje baja al 24% de la muestra.

La razón a esta diferencia puede venir de las conclusiones propuestas por estos estudios, un estudio retrospectivo de 13.085 pacientes con trastornos de ansiedad determinó que la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico dual (depresión y ansiedad) fue del 46.8% vs 40.2% ($p < 0.001$) en pacientes con solo ansiedad. Así, los síntomas de ansiedad parecerían disminuir la adherencia en el TDM (Stein et al, 2006). Así mismo otros estudios muestran una mayor interrupción del tratamiento antidepresivo debida a efectos adversos en aquellos pacientes con depresión ansiosa respecto a aquellos que tienen depresión sin ansiedad.

Podemos relacionar todos estos hallazgos con los resultados de un estudio sobre la adecuación del tratamiento de la ansiedad y la depresión en Europa, que encuentra que sólo el 45,8 % de los episodios depresivos mayores reciben el tratamiento adecuado, porcentaje que baja hasta el 32,5 % cuando se estudian datos españoles (Fernández et al, 2006).

✓ Tercer paso:

Finalmente han aparecido nuevas investigaciones que proponen la adición de antipsicóticos de segunda generación (ASG) pero no incluidas en el estudio STAR*D:

El número de personas pautadas con APS en el presente estudio ha alcanzado a 17 personas de la muestra, 12 personas se encuentran en IP (7 hombres y 5 mujeres), 3 personas más agotaron el período de 18 meses, de las cuales una se han

reincorporado al trabajo al no serle admitida la IP, otra se encuentra en IP Parcial (<33%) y otra por sentencia judicial se ratificó que su ILT era considerada por accidente de trabajo con motivo del Acoso Psicológico Laboral y 2 presentaron intentos autolíticos, más una persona que se suicidó (que obviamente no pudo entrar en la muestra).

Estas 17 personas están afectadas de un TMG e incapacitante, por tanto podemos concluir que están en un proceso de NO remisión a pesar de tener pautada una medicación crónica que requiere un seguimiento para evitar nuevas recaídas. Frente a ellas hay 10 personas con terapia de mantenimiento de su TDM.

En conclusión, el nº total de personas en NO REMISIÓN es de 17, que representan el 34% de la muestra, 10 mujeres (32,25% muestra femenina) y 7 hombres (36,84% muestra masculina). Por consiguiente el nº total de personas en remisión o con terapia de mantenimiento es de 33 (66%), 21 mujeres (67,74% total muestra femenina) y 12 hombres (68,42%)

1.3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

El TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento violento altamente traumático en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas. Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares, pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración (o reexperimentación), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo). Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback) (Echebúrua, 2004).

Estos procesos cognitivos disminuyen la capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones, y producen reacciones emocionales muy fuertes, con intensas respuestas de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.), irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones negativas. Todo ello genera una gran activación fisiológica, un tremendo malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc. (Echebúrua, 2004).

La prevalencia vida del TEP en la población general en España según el estudio ESSEMeD (Haro et al, 2006) es del 1.95% (IC 95% 1.18-2.73), siendo del 2.79% (IC 95% 1.71-3.87) en la mujer, frente al 1.06% (IC 95% 0.0-2.2) en el caso del varón. En USA las cifras son mucho más altas, con valores que superan tres veces las cifras españolas.

El tratamiento farmacológico del TEPT que recomienda la guía NICE (2005) es:

1. La base empírica para los tratamientos con medicamentos en el TEPT, es muy limitada. Hay evidencia de beneficios clínicos significativos para la mirtazapina, amitriptilina y fenelcina. (Se necesita una guía para la fenelcina). Paroxetina ha demostrado importantes beneficios a nivel estadístico, pero no clínico en las

principales variables resultantes. No obstante, esta droga se ha incluido también en la lista de fármacos recomendados. Esta es la única medicación en la lista de recomendaciones con licencia de producto para TEPT actual en el Reino Unido (NICE, 2005).

2. Los tratamientos farmacológicos (paroxetina o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio) prescritos sólo por especialistas en salud mental, se deben ofrecer a pacientes adultos para tratar su TEPT, cuando el paciente/s:

2a. Expresa preferencia por la no realización de un tratamiento psicológico centrado en el trauma.

2b. No puedan comenzar una terapia psicológica, debido a una grave y continua amenaza posterior al trauma (por ejemplo, cuando se da violencia doméstica continua).

2c. Hayan conseguido escasos o nulos beneficios en el transcurso del tratamiento psicológico centrado en el trauma.

2d. Se deben ofrecer de forma adjunta al tratamiento psicológico en adultos, cuando hay existe una depresión comórbida grave, o hiperactivación severa, que impacta negativamente en la capacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento psicológico.

3. Cuando el mayor problema sea el sueño en el paciente adulto de TEPT, la medicación hipnótica puede estar indicada a corto plazo, pero si se precisa tratamiento farmacológico a largo plazo, se debe considerar también el uso ajustado de antidepresivos en un primer estadio, para reducir el riesgo posterior de dependencia.

4. Cuando un paciente adulto con TEPT no responde al tratamiento farmacológico, se debe tomar en consideración el aumento de la dosis dentro de los límites permitidos. Si se desea un tratamiento medicamentoso, deberá ser una clase diferente del antidepresivo, o incorporar el uso paralelo de olanzapina.

5. Cuando un adulto que sufre TEPT, ha respondido al tratamiento farmacológico, debe continuarlo al menos 12 meses antes de la retirada gradual (NICE, 2005).

Recomendaciones generales respecto al tratamiento farmacológico

6. Todos los pacientes con TEPT a quienes se prescriba antidepresivos, deben ser informados en el momento de iniciar el tratamiento, de los efectos potenciales y síntomas de retirada / discontinuación (especialmente de paroxetina).

7. Los pacientes adultos con TEPT que comenzasen con antidepresivos a quienes se considerase en alto riesgo de suicidio, y a todos los pacientes con edades entre 18 y 29 años, (por el potencial riesgo añadido de pensamientos suicidas, asociado al uso de antidepresivos en este rango de edad), se les debe ver por lo general con una frecuencia semanal, hasta que este riesgo deje de ser importante.

8. Los clínicos deben buscar de forma activa signos externos de acatisia (*necesidad imperiosa de moverse que lleva al paciente a cambiar de lugar y de postura, a levantarse y sentarse en forma reiterada, a cruzar y extender las piernas*), ideación suicida, aumento de ansiedad y agitación, especialmente en las etapas iniciales del tratamiento con ISRS. También aconsejarán a los pacientes con TEPT acerca del

riesgo de estos síntomas al comienzo del tratamiento, sugiriéndoles que busquen ayuda rápidamente si éstos son estresantes.

9. Si el paciente con TEPT desarrolla una acatisia marcada y prolongada al tomar los antidepresivos, debe revisarse la utilización del fármaco.

10. Los pacientes adultos de TEPT que empezasen con antidepresivos, a quienes no se considera en riesgo de suicidio, se les debe ver a las dos semanas como método regular y apropiado, por ejemplo, a intervalos de 2-4 semanas en los primeros 3 meses y con intervalos mayores a partir de aquí, si la respuesta es buena.

Recomendaciones respecto a los síntomas de retirada / discontinuación

11. Los síntomas de retirada/discontinuación son normalmente leves y poco limitantes, pero pueden ser graves. Los prescriptores deben ir reduciendo gradualmente las dosis de antidepresivos tras un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas puedan necesitar periodos más largos.

12. Si los síntomas de retirada/discontinuación son leves, los clínicos deben asegurarse de monitorizar y organizar al paciente con TEPT. Si los síntomas son severos, el clínico debe considerar reintroducir el antidepresivo original (u otro con una larga vida media de la misma clase), y reducirlo gradualmente mientras se registran los síntomas.

Manejo de la enfermedad crónica

13 Los modelos de gestión de la enfermedad crónica deben considerarse al tratar a personas con TEPT, que no se hayan beneficiado de otros tratamientos basados en evidencias.

En conclusión, la elección del tratamiento a usar se determina en base a diversos factores, incluyendo factores específicos del paciente, efectos secundarios y efectos negativos potenciales, coste, duración del tratamiento, adecuación cultural, los recursos y habilidades del terapeuta, los recursos del paciente y los factores estresantes, la comorbilidad de otros síntomas psiquiátricos y aspectos judiciales. Aunque se han empleado diversos fármacos para el manejo del TEPT, los resultados hasta la fecha no han sido concluyentes y se precisa con urgencia más investigación. Muchos pacientes no alcanzan la remisión completa de los síntomas con las intervenciones psicológicas y a menudo se precisan múltiples ensayos de medicación hasta determinar que terapia farmacológica es la más adecuada para cada paciente (Alderman et al, 2009).

Cuando se diseña e implementa el plan farmacoterapéutico para pacientes con TEPT hay diversos principios claves a considerar dirigidos a la resolución de esta sintomatología. Obviamente, la farmacoterapia debería:

- Dirigirse a los síntomas principales del TEPT, intentando reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas y la discapacidad que ocasionan.
- Usarse para tratar recuerdos traumáticos recurrentes y sueños molestos del hecho traumático.
- Ayudar asimismo a reducir el intenso malestar que experimentan algunos pacientes cuando se exponen a situaciones que se parecen o simbolizan el suceso y reducen el alcance de la conducta de evitación que puede ser mal adaptativa.
- Resolver otros síntomas primarios como el sueño, la hipervigilancia, la respuesta de sobresalto exagerada, la irritabilidad o estallidos de ira y la dificultad de concentración o de finalizar tareas.

Se realizó una revisión sistemática de los estudios del tratamiento farmacológico para el TEPT descritos en la revisión Cochrane (Stein et al, 2008), para valorar si el tratamiento farmacológico podía ser efectivo en el TEPT. La base de pruebas existente de los ensayos controlados aleatorios (ECA) incluía una muestra heterogénea de participantes con una variedad de traumas, duración y gravedad del trauma y comorbilidad. Los factores metodológicos tales como duración del ensayo o inclusión de pacientes con un grado mínimo de gravedad de los síntomas se observó que también podían afectar la respuesta al tratamiento. Esta revisión informa que el tratamiento farmacológico puede ser efectivo en el TEPT, para reducir los síntomas centrales, y debería ser considerado como parte del tratamiento de este trastorno y ha sido útil para abordar varias preguntas en relación a la utilidad del tratamiento farmacológico:

En primer lugar, ¿es de hecho el tratamiento farmacológico una forma efectiva de tratamiento para el TEPT? Dado el predominio de los modelos psicológicos y pruebas para la eficacia de ciertas formas de psicoterapia en el TEPT, la función del tratamiento farmacológico sigue siendo debatible para muchos. En la guía publicada para el tratamiento del TEPT, el *National Institute of Clinical Evidence (NICE)* recomendó que debía darse preferencia a la terapia psicológica centrada en el trauma sobre el tratamiento farmacológico como tratamiento habitual de primera línea para este trastorno (NICE, 2005). Para aquellos que aceptan una función más dominante para el tratamiento farmacológico surgen preguntas acerca de la dosis y duración adecuada, con recomendaciones clínicas actuales que sugieren que los ISRS, se prescriba en dosis que aumentan a niveles máximos tolerados/efectivos durante al menos 8 semanas (Ballenger et al 2000 y 2004).

En segundo lugar, ¿son algunos tipos particulares de fármacos más efectivos para el tratamiento de los síntomas o más aceptables para los pacientes en cuanto a los eventos adversos que otros? El uso de agentes nuevos (tales como los antidepresivos serotoninérgicos) para el TEPT en los últimos años obliga a preguntarse cómo se comparan los mismos con otros agentes conocidos anteriores. Aunque no hay pruebas claras que demuestren que un tipo particular de fármaco es más efectivo o mejor tolerado que otro, la mayoría de los ensayos y los de mayor tamaño demuestran eficacia para los ISRS. Algunas recomendaciones, como las series de guías de consenso de expertos para el tratamiento del TEPT, sugirieron que los ISRS, nefazodona y venlafaxina son fármacos de primera línea para el tratamiento del TEPT y las benzodiazepinas y estabilizadores del estado de ánimo cumplen una función en pacientes con ciertos tipos de síntomas. Otras recomendaciones han destacado paroxetina y mirtazapina (NICE 2005). Aunque también ha habido estudios positivos de benzodiazepinas, IMAO, antipsicóticos, lamotrigina e inositol.

1.4. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La OMS calcula que 340 millones de personas sufren de depresión en la actualidad, de los cuales, el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentan un episodio de depresión cada año. La OMS establece una tasa de prevalencia mundial de los TD de un 3-5%; situándola en España sobre el 10% de la población adulta; y enfatiza que el riesgo de padecer un episodio de depresión mayor a lo largo de la vida es de un 17.1%, con una prevalencia en mujeres del 21.3% (el doble que en los hombres) (Valladares et al, 2009). Se calcula que para el año 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardíacas. La morbilidad es comparable a la de la angina de pecho y a la de la enfermedad coronaria avanzada

En relación al manejo de la depresión, los estudios publicados se están centrando básicamente en dos grandes ámbitos: el diagnóstico y el tratamiento. Los diversos

trabajos están de acuerdo en que la base para el buen manejo de la depresión es un diagnóstico correcto desde el primer momento, seguido por unas pautas terapéuticas adecuadas. Si estas dos condiciones se cumplieran, se conseguirían más remisiones, una menor cronificación de los pacientes depresivos, y en definitiva unos menores costes para la sociedad. Así la bibliografía encontrada muestra que la mayoría de los tratamientos indicados desde AP son los farmacológicos, y en general, la percepción es que existe un exceso de medicalización (Martín, 2007). Parece que muchos médicos prescriben antidepresivos a sus pacientes sin haber realizado un buen diagnóstico y eso lleva a un exceso de medicalización, con consecuencias negativas tanto para el paciente como para la sociedad por los gastos que conlleva (Vedia et al, 2005 y Aragonés et al, 2001 y 2006).

En el contexto clínico que hemos descrito, es conocido que los Trastornos Depresivos (TD) se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad (Sicras et al, 2009). La depresión mayor es una enfermedad incapacitante que altera la calidad de vida percibida y ocasiona un incremento de la utilización de servicios sanitarios. Los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos y de un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente; la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio, de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por la presencia de otras enfermedades que favorecen la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas) (Lynch et al, 2005).

En su etiología intervienen diversos factores genéticos, biológicos, psicosociales, con un desequilibrio neurobioquímico en la transmisión noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica (Takahashi et al, 2005). La American Psychiatric Association (APA, 2000) publicó en el año 2000 unas guías clínicas para el manejo del trastorno depresivo mayor en individuos adultos. En ellas recomienda que el tratamiento AD conste de tres fases: aguda, de continuación o consolidación y de mantenimiento o profiláctico.

Las recomendaciones sobre el tratamiento del trastorno depresivo mayor (TDM) incluyen tres fases (anexo 34): el tratamiento de la fase aguda del ED es el que se realiza cuando aparecen los síntomas depresivos agudos y tiene como objetivo conseguir una remisión de la sintomatología del episodio depresivo agudo en 2 o 3 meses (6-12 semanas); la fase de continuación tiene el objetivo de mantener la remisión conseguida con el tratamiento de la fase aguda continuando con el mismo tratamiento (4 a 9 meses más como mínimo) evitando así las recaídas. El objetivo de esta fase es preservar la remisión. Después de la fase de continuación, y transcurridos al menos 6 meses tras el inicio del tratamiento, la historia del paciente determina si es necesario o no prolongar el tratamiento farmacológico. El tratamiento de la fase de continuación o consolidación o mantenimiento para prevenir las posibles recurrencias (en la tabla se describen los factores que deben tenerse en cuenta) (APA, 2000).

El tratamiento de mantenimiento o profiláctico tiene como objetivo mantener la máxima mejoría conseguida tras el tratamiento de continuación; si ha habido recuperación el objetivo sería la profilaxis de nuevos episodios depresivos y su duración mínima es de 1 año. El objetivo del tratamiento a largo plazo (continuación y mantenimiento) es conseguir la recuperación premórbida del paciente tras un episodio depresivo. La patobiografía del paciente determinará si es necesario o no prolongar el tratamiento AD con la fase de mantenimiento, aunque es bien conocido que un motivo importante de fracaso del tratamiento es la incapacidad de mantenerlo en dosis adecuadas y durante un período suficiente de tiempo. Todas estas recomendaciones están realizadas con el máximo nivel de

confianza clínica (nivel I, *recommended with substantial clinical confidence*). La mayoría de los estudios revisados apoyan el tratamiento con antidepresivos durante las fases de continuación y/o mantenimiento en pacientes que han respondido al tratamiento agudo y/o de continuación con antidepresivos. La evidencia científica actual sugiere que el efecto del tratamiento persiste al menos durante los 2 años de tratamiento de mantenimiento con antidepresivos. El tratamiento a largo plazo es un concepto amplio que incluiría el tratamiento o la estrategia terapéutica realizada tras finalizar el tratamiento agudo (Ballenger, 1999).

En el momento de publicación de estas guías clínicas los datos que justificaban la importancia del tratamiento de continuación y mantenimiento se basaban en estudios sobre antidepresivos tricíclicos, pero estudios más recientes han confirmado los beneficios del tratamiento de continuación y mantenimiento con antidepresivos de otras clases. Sin embargo, los patrones de uso actuales de los fármacos antidepresivos están muy lejos de seguir estas guías claramente establecidas y basadas en la evidencia clínica. Se ha observado que los pacientes que tras un primer episodio depresivo siguen presentando síntomas residuales por debajo del nivel umbral de diagnóstico de la depresión tienen una evolución significativamente peor (Guía TDM, 2008). Se sabe, asimismo, que con el incremento del número de episodios los intervalos libres de síntomas se acortan, la respuesta a los antidepresivos convencionales decrece y la calidad de vida disminuye. Se han observado tasas elevadas de abandono temprano del tratamiento en distintas muestras de pacientes. Se ha estimado que los pacientes tratados por un EDM presentan una tasa de recaída de hasta el 50% en los primeros 4-6 meses, y que hasta el 90% de los pacientes que han sufrido un episodio de depresión mayor tendrán una recurrencia a lo largo de sus vidas. En un reciente estudio en una muestra de 829 pacientes que iniciaban un tratamiento antidepresivo, más del 40 % abandonaron el tratamiento en los primeros 30 días. Por tanto, la incapacidad de mantener el tratamiento antidepresivo en dosis adecuadas durante un período de tiempo suficiente es un motivo común e importante del fracaso de los tratamientos antidepresivos a la hora de lograr la remisión (Vallejo, 2007).

La depresión es esencialmente un trastorno episódico recurrente; cada episodio dura generalmente de unos pocos meses a unos años, con un período normal en medio, con tasas muy elevadas de recurrencia a lo largo de la vida, pero la depresión mayor se considera actualmente como un trastorno crónico, pues cerca de 20% de los casos de depresión presenta un curso crónico sin remisión, especialmente cuando no se administra el tratamiento adecuado. La tasa de recidiva para los que se recuperan del primer episodio es de aproximadamente 35% en 2 años y cerca de 60% a los 12 años. La tasa de recidiva es mayor en los que tienen más de 45 años.

Aunque la selección del fármaco inicial se basa cada vez más en la escasez de efectos secundarios y en la tolerabilidad del mismo, en opinión de Vallejo (2007) la elección del antidepresivo debe hacerse en relación al subtipo de depresión, según criterios clásicos, de forma que, las depresiones melancólicas (DM) se benefician más de los ADT y otros antidepresivos de acción dual, mientras que las depresiones no melancólicas responderían adecuadamente a los ISRS, antidepresivos duales, y nuevos antidepresivos. Por el contrario, la selección según los criterios actuales de TDM y distimia no es capaz de marcar diferencias entre la acción de los diferentes antidepresivos porque los matices nosológicos son imprecisos y ambiguos. En las guías clínicas para el manejo del TDM en individuos adultos de la APA del año 2000, se recomendaban varias opciones válidas para el tratamiento de fase aguda: los fármacos antidepresivos (AD), la psicoterapia, la terapia electroconvulsiva (TEC) y la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico, que han sido revisadas tras la publicación de la GuíaTDM (2008).

El glosario de la propia GuíaTDM (2008) propone un esquema conceptual básico sobre el curso de un episodio depresivo según la respuesta al tratamiento, en el que se definen operativamente los siguientes parámetros:

- Respuesta al tratamiento: reducción de la sintomatología depresiva de al menos el 50% con respecto al inicio, según la puntuación base de la depresión medida por escalas de depresión estandarizadas. Si la reducción es entre el 25 y 49% de la puntuación inicial se hablaría de respuesta parcial y si es menor del 25%, de no respuesta. La respuesta puede considerarse en el momento que se inicia la remisión parcial.

- Remisión completa: periodo de tiempo en que el paciente mejora hasta quedar asintomático, con una restauración total de la función, teniendo en cuenta que no implica ausencia total de síntomas. La remisión completa se refiere a la ausencia de síntomas significativos de depresión durante un tiempo determinado (al menos 2 meses). Como criterios operativos se usan *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) menor de 7, *Beck Depression Inventory* (BDI) menor de 8 y duración inferior a 6 meses.

Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D): escala heteroaplicada, diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Es una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación.

Beck Depression Inventory (BDI): escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

- Remisión parcial: periodo en el que al paciente se observa una mejoría importante durante un tiempo limitado y deja de cumplir criterios, pero donde persiste la presencia de algo más que síntomas mínimos. Supone que el paciente presenta clínica depresiva sin cumplir ya criterios de episodio o síndrome completo. La remisión parcial puede ser espontánea, aunque se tiende a asumir que es secundaria a la efectividad del tratamiento ensayado. La ausencia de evolución de la remisión parcial a la remisión total plantea la necesidad de ensayar nuevas estrategias terapéuticas. Los síntomas residuales indican el primer escalón de otros más graves como la recidiva episódica y la cronicidad. En la literatura se relaciona la "*sintomatología residual*" con una mayor frecuencia de recidivas episódicas

- Recuperación: remisión total superior a un determinado periodo de tiempo, no inferior a los 6 meses, en la que el paciente está asintomático o sólo tiene uno o dos síntomas leves. El término suele usarse para designar la recuperación del episodio, no de la enfermedad. No existe un criterio ampliamente aceptado del concepto de recuperación, es decir, sobre la duración del periodo de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo. La recuperación se sitúa en un continuum entre estar libre de síntomas depresivos hasta sufrir síntomas leves o moderados. En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (DSM-IV), son necesarios al menos 2 meses de remisión total para utilizar el término recuperación.

- Recaída: se define como un retorno de los síntomas del episodio de TDM que ocurre dentro de los 6 meses siguientes a la respuesta o la remisión tras el episodio inicial. Es el empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación. Se define recaída como un episodio clínico separado del previo por menos de 6 meses y recurrencia por más de 6 meses.

- Recurrencia: aparición de un nuevo episodio depresivo que ocurre después de que el paciente se haya recuperado (transcurridos 6 meses).
- Resistencia o refractariedad: Pacientes que no responden, o lo hacen sólo muy parcialmente, a dos ensayos terapéuticos completos (dosis y duración suficientes) con antidepresivos de perfiles diferentes.

Recomendaciones de Utilización de fármacos AD

Los fármacos antidepresivos actúan sobre la vía serotoninérgica, la noradrenérgica y, recientemente, la dopaminérgica. Así, si tradicionalmente se venían utilizando los fármacos serotoninérgicos, ISRS para todos los episodios de depresión, ya se ha demostrado una mayor efectividad de los fármacos duales noradrenérgicos serotoninérgicos (o inhibidores de la recaptación de la noradrenalina y serotonina) para depresiones que cursen con síntomas tales como la inhibición, la abulia, la fatiga, la somnolencia o la falta de motivación. En esta línea, fármacos de última generación ya combinan la inhibición de la recaptación de la noradrenalina con la inhibición de la dopamina, otro de los neurotransmisores relacionados con la regulación del estado de ánimo.

Es básico definir los objetivos del tratamiento (Keller, 2003), y cada vez es mayor el número de expertos que afirman que alcanzar la remisión debería ser su objetivo principal (Thase, 2003), puesto que los síntomas residuales mantienen la disfunción psicosocial y pueden producir mayores tasas de recurrencia (Zimmernan et al, 2006). Se estima que los objetivos del tratamiento en cada ciclo de la depresión mayor son: en la fase aguda (1-3 meses), lograr la remisión; en la fase de continuación (6-9 meses), prevenir las recaídas; y en la fase de mantenimiento (1-5 años), evitar las recurrencias (Kupfer, 1991). Los antidepresivos constituyen el pilar del tratamiento farmacológico para conseguir la remisión mantenida de los síntomas (NICE, 2004 y APA 2000). NICE recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio y en ese momento valorar con el paciente la posibilidad de prolongarlo teniendo en cuenta el número de episodios previos y la presencia de síntomas residuales. De acuerdo con la opinión del Dr. Vallejo (Vallejo, 2007), "las investigaciones en el campo de la depresión se centran en obtener una mayor efectividad en los tratamientos administrados, además de reducir los efectos secundarios de los que se prescriben habitualmente". Acorde con esta premisa, se tratará de delimitar el campo de indicación de cada grupo de fármacos; ya que, a juicio del experto, "no todos los fármacos antidepresivos están indicados para cualquier tipo de depresión". En relación al uso de fármacos AD se adjuntan el resumen de la evidencia y las recomendaciones de la Guía TDM (anexo 35).

La Guía NICE (2011a) recomienda como primera elección escoger un ISRS en formulación genérica ya que ha mostrado eficacia frente a placebo, para los trastornos depresivos y otros trastornos, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico (con o sin agorafobia), y la ansiedad generalizada, siendo igualmente efectivo con otros antidepresivos, pero presentan un perfil de seguridad superior a los AD clásicos (los antidepresivos tricíclicos) y tiene una relación riesgo-beneficio favorable, de ahí que sean utilizados con mayor comodidad en AP. No aconseja ninguno específicamente pero sí advierte que fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina están asociados a una propensión más elevada de interacciones farmacológicas respecto a los otros ISRS (los 2 ISRS que parecen dar menos interacciones son Citalopram y Sertralina, por inhibir menos el isoformo CYP2D6 del citocromo p450). Esperar 4 semanas y si hay una respuesta ausente, pobre o, mínima valorar aumentar las dosis o cambiar de AD. Si se opta por la 2ª opción considerar otro ISRS o un AD de nueva generación. Otra opción sería combinar antidepresivos, aunque advierte de no hacerlo en la atención primaria sin consultar al psiquiatra.

Finalmente, otras posibilidades son aumentar los AD con uno de los siguientes fármacos: litio, un antipsicótico (aripripazol, olanzapina, quetiapina o, risperidona), u otro AD como mianserina o mirtazapina.

Como segunda opción se propone en el algoritmo los Inhibidores Duales de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSN). Entre ellos tenemos venlafaxina y duloxetina, que presentan ventajas en relación a los ISRS por su particular mecanismo de acción, habiéndose descrito tasas más altas de remisión que para los ISRS, sobre todo en depresiones melancólicas, severas o delirantes (Stahl, 2002; Ruiz-Doblado et al, 2009). Venlafaxina¹⁰ en función de la dosis, realiza una potenciación de la neurotransmisión serotoninérgica (hasta aproximadamente 225 mgr/día) y noradrenérgica (por encima de esa dosis). También potencia, en menor medida, la neurotransmisión dopaminérgica a altas dosis. No presenta, por otro lado, acciones con traducción clínica en otros receptores. Su cinética es lineal en el rango de 75 a 375 mgr/día. Actualmente, venlafaxina está disponible en España en formas de liberación retardada de 75, 150 y 225 mgr, lo cual permite, además de la administración en dosis única diaria, reducir considerablemente los efectos indeseables relacionados con su acción 5-HT (náuseas, intolerancia digestiva) y NA (taquicardia, incremento de la TA diastólica). La adición del bloqueo de la recaptación de NA y, en menor medida, DA, al de la 5-HT, podría ser la responsable de la sinergia farmacológica entre estos sistemas de neurotransmisión y, en consecuencia, del aumento de su eficacia. Duloxetina¹¹ es un bloqueador inhibitor potente y equilibrado del transportador presináptico de serotonina (5-HT) y noradrenalina (NA). Inhibe débilmente la recaptación de dopamina sin una afinidad significativa por los receptores histaminérgicos, dopaminérgicos, colinérgicos y adrenérgicos. La duloxetina incrementa de forma dosis-dependiente los niveles extra celulares de serotonina y noradrenalina en varias zonas del cerebro de los animales.

La tercera opción incluye a la Mirtazapina¹², otro fármaco de acción dual, que presenta un mecanismo de acción único, antagonista α_2 presináptico consistente en el bloqueo de los receptores α_2 adrenérgicos aumentando la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica en el sistema nervioso central. El efecto serotoninérgico es el resultado de la acción específica en los receptores 5HT₁, ya que la mirtazapina bloquea los receptores 5HT₂ y 5HT₃. Ambos enantiómeros de mirtazapina son agentes activos. El enantiómero S (+) bloquea los receptores α_2 y 5HT₂, y el enantiómero R (-) bloquea los receptores 5HT₃. Por consiguiente el bloqueo de la bomba de recaptación monoaminérgica o del enzima Monoaminoxidasa (MAO) no son los únicos mecanismos de potenciación de la neurotransmisión 5-HT y NA. No presenta prácticamente actividad anticolinérgica y, a dosis terapéuticas, prácticamente no tiene efectos sobre el sistema cardiovascular. Mirtazapina realizaría, de esta forma, diferentes acciones farmacodinámicas (Stahl, 2002):

- 1.- Bloqueo de los autorreceptores alfa 2 presinápticos, incrementándose la neurotransmisión noradrenérgica (se "corta el cable de freno" de la NA al actuar sobre los autorreceptores, desinhibiéndose las neuronas noradrenérgicas).
- 2.- Bloqueo de los heterorreceptores alfa 2 presinápticos, incrementando la neurotransmisión serotoninérgica (se "corta el cable de freno" de la 5-HT al actuar sobre los heterorreceptores, desinhibiéndose las neuronas serotoninérgicas).
- 3.- Acción sobre los receptores alfa 1 postsinápticos excitadores. Esto da lugar a la entrada de NA desde el locus ceruleus a los cuerpos celulares de las neuronas serotoninérgicas del rafe mesencefálico, "pisando el acelerador" de la 5-HT.

¹⁰ Ficha técnica, Venlafaxina (Venlafaxina[®]). Agencia Española del Medicamento.

¹¹ Ficha técnica, Duloxetina (Cymbalta[®]). Agencia Española del Medicamento.

¹² Ficha técnica, Mirtazapina (Rexer[®]). Agencia Española del Medicamento.

4.- Acción directa agonista sobre los receptores 5-HT_{1A} (probable efecto ansiolítico y antidepresivo), bloqueo 5-HT_{2A} (efecto hipnótico y de regularización del ritmo sueño-vigilia, además de evitar los efectos secundarios sexuales), bloqueo 5-HT_{2C} (ganancia de peso) y bloqueo 5-HT₃ (evitación de los efectos secundarios digestivos). La serotonina disponible se dirige así al receptor 5-HT_{1A}, al estar el resto ocupados, preservándose de este modo la acción antidepresiva y evitándose los efectos indeseables sexuales y digestivos. La expresión génica (RNAm) del receptor 5-HT_{1A} se ve también incrementada cuando se bloquean los receptores 5-HT_{2A} (sinergia entre la estimulación 5-HT_{1A} y el antagonismo 5-HT_{2A}).

5.- Acción antihistamínica H₁ (sedación y ganancia de peso).

Por último, merece la pena resaltar que mirtazapina presenta, una farmacocinética lineal, una porque no inhibe ni induce a las enzimas que la metabolizan en el hígado. La mirtazapina es metabolizada por 3 de las isoformas presentes en el citocromo hepático (P450), el CYP 2D6 y el CYP 1A2 intervienen en su hidroxilación y el CYP 3A4 en su desmetilación, inhibición débil por lo que presenta un potencial muy bajo de producir interacciones clínicamente significativas.

En España, la GuíaTDM (2008) recomienda los ISRS como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor (anexo 35). El seguimiento de estos pacientes tratados con antidepresivos (AD) debe ser estrecho, al menos en las primeras 4 semanas. Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada y sean tratados con AD deberán ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento (8 en la depresión mayor grave). Deberá informarse especialmente del posible retraso del efecto terapéutico de los AD y, finalmente antes de iniciar el tratamiento AD, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios frecuentes e infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo y especialmente de la duración del tratamiento. Aumentar las dosis a pacientes que no responden tras tres semanas de tratamiento con fluoxetina, paroxetina o sertralina, no mejora los resultados y aumenta las tasas de abandono. El riesgo de recurrencia es menor cuánto más se prolonga el tratamiento farmacológico. Se recomienda que se baraje la hiponatremia ante todo paciente con somnolencia, confusión o convulsiones durante el tratamiento AD (GuíaTDM, 2008).

Concepto de depresión resistente (DR)

El riesgo de recurrencia en la depresión mayor es alto y así, la mitad de los pacientes tienen un nuevo episodio después de sufrir el primero, el 70% después de dos y hasta el 90% después de tres. Por este motivo, una cuestión importante en el tratamiento de la depresión mayor es el tiempo que debe mantenerse el tratamiento farmacológico tras la recuperación para prevenir la recurrencia (Vallejo, 2007). En general, los pacientes que dejan el tratamiento antidepresivo tienen mayor riesgo de recurrencia que los que lo siguen tomando y teóricamente, los pacientes con mayor riesgo de recurrencia serían los que más se beneficiarían de una pauta prolongada. Además, cuanto más se prolonga el tratamiento, menor es la diferencia en el riesgo de recurrencia entre los pacientes tratados y los controles. Es decir, el beneficio de prolongar el tratamiento va disminuyendo con el tiempo. Ajustar el tiempo de duración del tratamiento tras la recuperación al tipo de paciente es el reto de esta cuestión. La variable que se asocia a un mayor riesgo de recurrencia y a un mayor beneficio con el mantenimiento del tratamiento es el número de episodios previos y no parece que tengan relevancia el patrón de respuesta ni el tiempo de recuperación tras el inicio del tratamiento (Vallejo, 2007).

El concepto de depresión resistente (DR) se origina a finales de la década de 1960, una vez completados los ensayos de eficacia para imipramina y tricíclicos derivados. Se denomina así a un episodio depresivo que no ha mostrado una

mejoría suficiente después del tratamiento con un fármaco de actividad antidepresiva contrastada, a dosis suficientes y durante un tiempo adecuado. Entre un 30 y un 40 % de los pacientes no responden tras un primer tratamiento y entre un 5% y un 10% no responderán a terapéuticas más agresivas, en total entre un 30-50%. Por otra parte, en una patología recurrente como la depresión, los factores que aumentan el riesgo de presentar nuevos episodios deben ser especialmente tomados en cuenta. La no consecución de la remisión y la persistencia de síntomas son los principales factores que predicen recurrencias y evolución a la cronicidad. Ello implica que la intensidad terapéutica de la depresión desde el principio es extremadamente relevante para evitar la cronicidad y la remisión completa debe ser el objetivo terapéutico (Álvarez et al, 2010).

Existen cuatro grupos de estrategias terapéuticas para tratar la resistencia antidepresiva: *a)* la optimización del tratamiento, que supone revisar el diagnóstico y asegurar el cumplimiento; *b)* la adición o combinación del tratamiento en curso con sustancias no específicamente antidepresivas como el litio o la hormona tiroidea; *c)* el cambio de antidepresivo, sin duda la opción menos aconsejable por las razones apuntadas anteriormente, y *d)* finalmente, la más habitual aunque peor documentada: la asociación de antidepresivos. Basándonos en la farmacodinámica de los medicamentos empleados en el tratamiento de la depresión, la combinación sinérgica entre dos fármacos debe basarse en el principio de complementariedad. Es decir, combinar dos fármacos que actúen sobre distintos sistemas de neurotransmisión o bien a través de mecanismos de acción diferentes y complementarios. La asociación de fármacos con un mismo objetivo terapéutico debe seguir estos principios, que implican además una diversificación de efectos adversos. Actualmente disponemos de escasa bibliografía de calidad evaluada por estudios clínicos referente a la asociación de antidepresivos (Álvarez et al, 2010).

En el estudio de Sicras et al (2010) un 78,5 % de los pacientes que no mantienen o no logran la remisión han recibido el mismo antidepresivo durante todo el período de estudio, esto datos parecen apuntar a que no se han considerado los sucesivos escalones de tratamiento recomendado para los pacientes no respondedores, por las diferentes guías de internacionales para su tratamientos NICE, 2004; APA, 2000; Aust NZ 2004. No obstante la Depresión refractaria/resistente al tratamiento (DRT) es una de las condiciones más complejas en psiquiatría desde el punto de vista terapéutico debido a diferentes definiciones, algoritmos y criterios de respuesta que hacen difícil ofrecer alternativas eficaces. Por este motivo para resolver los problemas con los que se encuentran en la práctica clínica los psiquiatras se realizó el estudio *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depresión* (STAR*D) (Rush et al, 2006), que exploró la eficacia de los antidepresivos en la fase aguda y a largo plazo en una amplia muestra de 4.041 pacientes adultos diagnosticados de depresión mayor no psicótica, reclutados en 41 centros de atención primaria y psiquiatría especializada. Muchos de ellos presentaban cuadros depresivos crónicos o recurrentes, y era también habitual la presencia de enfermedades somáticas comórbidas.

Nuevas investigaciones proponen la adición de antipsicóticos de segunda generación (ASG) en respondedores parciales a monoterapia con antidepresivos: A pesar de no ser considerados como alternativas terapéuticas en el estudio STAR*D (Rush et al, 2006) los ASG (olanzapina, risperidona, quetiapina, y aripipazol) son cada vez más elegidos para agregarse a los antidepresivos en los pacientes con DRT, tanto por el número creciente de estudios que demuestran su utilidad clínica como por su reputación de ofrecer beneficios rápidos. El uso de ASG no se limita a las depresiones dentro del espectro bipolar o depresiones con síntomas psicóticos, algunos de ellos han demostrado ser eficaces en la terapia de aumento de los antidepresivos en pacientes con DRT. En conclusión, la GuíaTDM (2008) expone la evidencia del tratamiento y propone una serie de recomendaciones (anexo 35).

La evidencia a favor de realizar tratamiento de mantenimiento para prevenir recaídas ha ido aumentando los últimos años con la aparición de diversos metaanálisis que confirman su eficacia indistintamente de la edad del paciente o severidad del episodio depresivo. Éstos son los motivos por los cuales la mayoría de guías de tratamiento del trastorno depresivo mayor recomiendan realizar tratamiento durante 6 meses después de un episodio depresivo mayor y hasta 2 años si el riesgo de recurrencia es elevado (NICE, 2009 y Guía de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, 2008). El incumplimiento del tratamiento representaría un importante obstáculo para mantener la remisión de síntomas. La falta de cumplimiento del tratamiento antidepresivo se ha asociado a una disminución de la eficacia y a un aumento en la persistencia de los síntomas depresivos (Sherbourne et al, 2004) así como aumento del gasto en tratamientos y gastos indirectos (Wade y Häring, 2010).

La falta de adherencia puede aumentar las recidivas de la enfermedad y es un obstáculo para trasladar la eficacia obtenida en los ensayos clínicos a la práctica habitual (Akerblad, 2006). La investigación realizada en esta área de interés adolece de serias dificultades como son la propia definición del término y los métodos para medirla. La adherencia englobaría dos conceptos: el cumplimiento de la dosis y la forma de administración y la persistencia en la duración del tratamiento prescrito. En cuanto a los procedimientos para evaluar la adherencia existen métodos subjetivos y objetivos. Los primeros son los auto informes o entrevistas de los pacientes, el juicio clínico del profesional que los atiende ; y objetivos, como el conteo de pastillas en los envases, la monitorización de niveles séricos del fármaco, los sistemas electrónicos de dispensación o las bases de datos de farmacia (Montejo et al, 2010).

No obstante estos métodos no han conseguido que el 60% de los pacientes sigan sin cumplir el tratamiento del TDM. Esta prevalencia no ha cambiado significativamente en las últimas décadas a pesar de la introducción de nuevos medicamentos. Si se considera la magnitud del problema y sus implicaciones en términos de morbilidad y discapacidad, el cumplimiento del tratamiento del TDM ha sido poco estudiado, especialmente cuando lo comparamos con el amplio número de investigaciones existentes acerca de la efectividad de la medicación antidepresiva. Ante esta disyuntiva Montejo et al (2010) han elaborado una Guía de evaluación y mejora del cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del TDM. Esta guía clínica presenta la evidencia científica actual y hace recomendaciones derivadas del consenso sobre el manejo clínico-terapéutico de estos pacientes en ámbito asistencial, lo más cercano posible al enfermo. Estos investigadores encontraron características de la enfermedad que influyen positivamente o negativamente en la adherencia al tratamiento con AD. El grado de depresión y la presencia de sintomatología asociada (como psicosis, ansiedad, apatía, ideación suicida y síntomas cognitivos) influyen, entre otros factores, la adherencia al tratamiento antidepresivo:

A. Factores relacionados con la enfermedad

✓ *Número de episodios depresivos y cumplimiento del tratamiento:*
RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían tener en cuenta que los episodios depresivos previos tratados satisfactoriamente favorecen el mejor cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del TDM. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C). El número de episodios depresivos se relaciona con el cumplimiento con el tratamiento AD. Los pacientes con episodios recurrentes frecuentemente presentan mejor cumplimiento que los pacientes con un primer EDM.

✓ *Fases del tratamiento antidepresivo y cumplimiento.* RECOMENDACIÓN La fase del tratamiento antidepresivo está relacionada con el cumplimiento en el TDM. Los clínicos deberían tener en cuenta que la fase de mantenimiento es la más problemática en relación al cumplimiento con el tratamiento antidepresivo en pacientes con Depresión Mayor. (BUENA PRÁCTICA CLÍNICA)

✓ *Gravedad de la depresión y cumplimiento.* RECOMENDACIÓN El clínico debería tomar en cuenta la gravedad de la depresión en relación a la adherencia al tratamiento. La gravedad de la depresión influye de manera importante en el cumplimiento con el tratamiento antidepresivo. Los pacientes con depresión leve cumplen mejor que los pacientes con depresión moderada y grave. (GRADO DE RECOMENDACIÓN B)

✓ *Depresión y síntomas ansiosos.*

✓ *Depresión y síntomas psicóticos.*

✓ *Depresión y síntomas de apatía.*

✓ *Depresión y síntomas cognitivos.*

RECOMENDACIONES:

El clínico debería tomar en cuenta la presencia de síntomas concomitantes a la depresión en relación a la adherencia al tratamiento. Los síntomas ansiosos, psicóticos, apatía y síntomas cognitivos están asociados con el cumplimiento con el tratamiento antidepresivo. Los pacientes con síntomas concomitantes tienen peor adherencia al tratamiento respecto a aquellos con sintomatología puramente depresiva. Sin embargo, aquellos con TDM y síntomas ansiosos presentan mayor cumplimiento respecto a aquellos pacientes que presentan de forma concomitante síntomas psicóticos, apatía o síntomas cognitivos. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D).

✓ *Depresión y comportamiento suicida.* RECOMENDACIÓN Los comportamientos suicidas no están relacionados con el cumplimiento a la medicación en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C). Los clínicos deberían mantener un seguimiento cercano a los pacientes con ideaciones y comportamientos autodestructivos en la práctica clínica habitual. (BUENA PRÁCTICA CLÍNICA)

✓ *Remisión de síntomas, recaídas, recurrencias, y su relación con el cumplimiento.* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían tener en cuenta que el incumplimiento con el tratamiento antidepresivo se relaciona con una mayor tasa de recaídas, aunque no se ha determinado de forma inequívoca si el incumplimiento tiene el mismo efecto sobre la tasa de recurrencias. En pacientes con TDM, el incumplimiento con la medicación aún constituye un problema complejo y en continua investigación. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C)

B. Factores relacionados con el paciente

✓ *Variables socio-demográficas.* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían tener en cuenta que los pacientes con TDM adultos jóvenes y los ancianos presentan menor cumplimiento con el tratamiento antidepresivo en comparación con los demás grupos de edad (GRADO DE RECOMENDACIÓN C). Asimismo, deberían considerar que los varones frecuentemente presentan un menor cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del TDM (GRADO DE RECOMENDACIÓN D)

✓ *Conocimiento de la enfermedad, del tratamiento antidepresivo y de sus posibles efectos.* RECOMENDACIÓN El conocimiento de la enfermedad (por parte del paciente), de sus aspectos biológicos y del tratamiento -incluyendo los efectos adversos a la medicación-, favorece el cumplimiento a la medición en pacientes con

TDM. Asimismo, los clínicos deberían tener en cuenta que la creencia de adicción al tratamiento farmacológico se relaciona con un menor cumplimiento a la medicación AD. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C)

✓ *Percepción del origen de la enfermedad.* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían considerar que la atribución del TDM a causas no médicas entre los pacientes frecuentemente se relacionan con un menor cumplimiento a los AD. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C).

✓ *Patologías médicas crónicas comórbidas.* RECOMENDACIÓN Son necesarios más estudios en pacientes con TDM y patologías crónicas comórbidas que evalúen la influencia de esta última sobre el cumplimiento a la medicación AD. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C)

✓ *Características de la personalidad:* RECOMENDACIÓN Son necesarios más estudios evalúen la influencia de las características de la personalidad sobre el cumplimiento con el tratamiento antidepresivo en pacientes con TDM. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C)

✓ *Consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.* RECOMENDACIÓN El abuso de sustancias y alcohol en pacientes con TDM se asocia a un menor cumplimiento a la medicación. (BUENA PRÁCTICA CLÍNICA)

C. Factores relacionados con el profesional

RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían considerar que la especialidad del profesional que esta a cargo de la atención, la relación médico paciente (tiempo, confianza, dedicación) y la atención por equipos multidisciplinarios influye positiva o negativamente en el cumplimiento con el tratamiento antidepresivo en pacientes con TDM. (BUENA PRÁCTICA CLÍNICA)

RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían tener en cuenta que la experiencia y prestigio del profesional mejoran el cumplimiento en el tratamiento a largo plazo de TDM. Asimismo, los pacientes atribuyen mayor credibilidad y experiencia en el manejo de pacientes con TDM a los médicos psiquiatras favoreciendo un mejor cumplimiento con el tratamiento antidepresivo (GRADO DE RECOMENDACIÓN D).

✓ *Especialidad del profesional:* Los estudios sugieren que iniciar el tratamiento por un psiquiatra mejora la posibilidad de que el paciente cumpla con el tratamiento en fase aguda, aunque existe menos evidencia en relación a la fase de continuación.

Fernández et al (2006) analizaron la incidencia y la probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a guías de práctica clínica en pacientes con trastornos psiquiátricos en España, en un estudio retrospectivo a partir de los resultados del ESEMed (2004) y en una submuestra de 133 sujetos. Encontraron que las patologías que con mayor frecuencia habían recibido algún tratamiento fueron el trastorno de pánico (49.3%) y el TDM (48.9%). La mayoría de tratamientos se iniciaron en consultas de psiquiatría (35%), seguidos por los tratados conjuntamente por un profesional de SM (psiquiatra o psicólogo) y un médico general (27.8%). Más del 25% de sujetos recibió tratamiento exclusivamente por un médico general y un 7% solo por el psicólogo. La probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a las GPC fue similar en el sector especializado y en medicina general con un 31.8% y un 30.5% respectivamente.

2- Akincigil et al (2007) en relación a la adherencia durante la fase aguda, observaron que quienes tenían sus visitas de seguimiento con psiquiatría mostraron mejor adherencia al AD. Entre aquellos pacientes adherentes al tratamiento, el 41.5% se mantuvo adherente durante la fase de continuación, y de estos, a su vez,

quienes tuvieron sus visitas de seguimiento con psiquiatría, mostraron significativamente mejor adherencia al tratamiento. Falta de adherencia inmediata significativamente menor (OR= 0.70 IC 95% 0.61 a 0.80) que aquellos que iniciaban su tratamiento con un médico de atención primaria. El tratamiento con alguna otra especialidad (distinta a psiquiatría o atención primaria) se asoció a un riesgo significativamente más elevado de falta de adherencia inmediata (OR= 1.39 IC 95% 1.22 a 1.60) y de falta de adherencia de continuidad medida a los 6 meses de tratamiento (OR= 1.40 IC 95% 1.24 a 1.59). El tratamiento con múltiples especialidades se asoció a una mejor adherencia que el tratamiento con una sola especialidad (OR= 0.83 IC 95% 0.75 a 0.92)

✓ *Relación médico-paciente (tiempo, confianza, dedicación)* RECOMENDACIÓN Los médicos pueden mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes indicándoles cuánto tiempo habrán de tomarlos, explicándoles los posibles efectos adversos y resolviendo sus preguntas e inquietudes.

✓ *Equipos multidisciplinarios.*

D. Aspectos sociales asociados al cumplimiento del tratamiento antidepresivo.
RECOMENDACIÓN

Los clínicos deberían tener en cuenta que el apoyo del entorno laboral favorece un mejor cumplimiento con el tratamiento antidepresivo. Asimismo, las campañas socio-sanitarias frecuentemente son efectivas en la práctica clínica habitual. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D). Son necesarios más estudios para determinar la influencia de otros aspectos sociales sobre el cumplimiento con el tratamiento antidepresivo. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D).

✓ *Aspectos familiares (cónyuge, hijos, situación laboral, nivel educacional)* El riesgo de presentar TDM es mayor en personas que viven solas o se encuentran desempleadas, mientras que es menor en personas con titulación universitaria, trabajo autónomo o jubiladas.

Estatus socioeconómico

Nivel educativo

Campañas socio-sanitarias

E. Factores relacionados con la Organización del Sistema.

✓ *Características del servicio de salud (centralización, multidisciplinariedad, accesibilidad, tiempo de espera).* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían considerar que la accesibilidad de los servicios sanitarios (facilidad para ser atendido si surgen efectos secundarios o complicaciones durante el tratamiento) favorece el cumplimiento durante el mantenimiento de la medicación antidepresiva. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D)

RECOMENDACIÓN

Los clínicos deberían tener en cuenta que un mayor número de profesionales por habitante, así como la mejora en la gestión y renovación de recetas favorecen el mayor cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del TDM. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D)

F. Factores relacionados con la Terapia.

✓ *Predominio de la eficacia o tolerabilidad de los AD en el cumplimiento del tratamiento.* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían tener en cuenta que el aumento de peso secundario al tratamiento afecta negativamente y, en mayor medida en mujeres, al cumplimiento con el tratamiento antidepresivo, respecto a

otros efectos adversos (molestias digestivas, ansiedad, sedación). El aumento de peso es uno de los factores más frecuentes en mujeres jóvenes y de mediana edad, que afecta el cumplimiento; sin embargo, también puede ser un factor importante asociado al cumplimiento en mujeres de cualquier edad (GRADO DE RECOMENDACIÓN C).

La somnolencia secundaria al tratamiento, afecta negativamente al cumplimiento con la medicación AD en pacientes con TDM, principalmente en relación a la actividad laboral del paciente (actividades que requieran mayor atención y concentración) y cuando existe medicación concomitante. No parece variar en función de la edad y sexo del paciente, y su impacto sobre el cumplimiento es menor que la disfunción sexual y el aumento de peso. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C)

Una de las causas más frecuentemente argumentadas de discontinuación son los efectos secundarios de la medicación.

✓ *Influencia de los efectos adversos en la retirada prematura del tratamiento.* Uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento es la tolerabilidad y la eficacia de la medicación antidepresiva. Este hecho está claramente determinado por el perfil farmacológico de los AD.

Los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y los inhibidores selectivos de recaptación noradrenalina (ISRN) tienen diferentes perfiles de tolerabilidad basados en su selectividad relativa por varios receptores farmacológicos. Es bien conocido que los acontecimientos adversos asociados con los ATCs resultan de una interacción con receptores alfa adrenérgicos, acetilcolina, histamina y dopamina.

✓ *Diferencias entre los diversos tratamientos antidepresivos - ATC, ISRS, ISRN, NaSSA y Bupropión, en relación al cumplimiento.* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían tener en cuenta que los ISRS frecuentemente se relacionan a un mayor cumplimiento con el tratamiento en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, seguido de los ISRN, Bupropión, NaSSA. Los ATC frecuentemente se relacionan a un menor cumplimiento. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D)

✓ *Influencia de la disfunción sexual sobre el cumplimiento* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían considerar que la disfunción sexual en varones, secundaria al tratamiento, afecta negativamente y en mayor medida al cumplimiento de la medicación antidepresiva, respecto a otros efectos adversos (alteraciones del sueño, aumento de peso, molestias gastrointestinales). La disfunción sexual es uno de los factores que afecta el cumplimiento de la medicación antidepresiva de manera más frecuente en varones jóvenes y de mediana edad (inclusive puede conllevar abandono del tratamiento) sin que el paciente lo advierta a su médico y por tanto no suele ser diagnosticada oportunamente. (GRADO DE RECOMENDACIÓN C)

✓ *Pautas de administración relacionadas con mejor cumplimiento.* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían considerar que la administración de dosis única (monodosis) de la medicación favorece el cumplimiento en pacientes con TDM. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D)

✓ *Psicoterapia y/o Psicoeducación y su relación con mejoras en el cumplimiento del tratamiento antidepresivo* RECOMENDACIÓN Los clínicos deberían considerar que la psicoeducación puede mejorar el cumplimiento a la medicación en el tratamiento a

largo plazo del TDM, seguido de la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia de apoyo. (GRADO DE RECOMENDACIÓN D)

Conclusiones

1. Los pacientes con Depresión Mayor y sin comorbilidad con otros trastornos mentales, los que se encuentran en la fase aguda del tratamiento, así como los que presentan un episodio recurrente, frecuentemente tienen mejor cumplimiento con el tratamiento antidepressivo.
2. Los pacientes con depresión grave y aquellos que presentan síntomas ansiosos frecuentemente tienen un mejor cumplimiento con el tratamiento antidepressivo.
3. El conocimiento de la enfermedad y de los aspectos biológicos de la depresión entre los pacientes, así como un entendimiento de la necesidad de recibir tratamiento farmacológico y las opciones terapéuticas disponibles mejora el cumplimiento con el tratamiento antidepressivo.
4. Son necesarios más estudios para determinar la influencia de los aspectos sociales sobre el cumplimiento con la medicación antidepressiva.
5. La somnolencia es un factor que afecta negativamente al cumplimiento con la medicación antidepressiva, principalmente en relación a la actividad laboral del paciente y si existe medicación concomitante. No parece variar en función de la edad o el sexo del paciente y su impacto sobre el cumplimiento parece ser mucho menor que la disfunción sexual y el aumento de peso.
6. El aumento de peso es uno de los efectos secundarios que afecta el cumplimiento, más frecuentes en mujeres jóvenes y de mediana edad; sin embargo, también puede ser un factor importante asociado al cumplimiento en mujeres de cualquier edad.
7. La disfunción sexual es uno de los efectos secundarios que afecta el cumplimiento con el tratamiento antidepressivo, más frecuentemente en varones jóvenes y de mediana edad; muchos pacientes no informan a su médico y, por tanto, suele no diagnosticarse oportunamente.
8. La psicoeducación puede mejorar el cumplimiento con el tratamiento a largo plazo del TDM, seguido de la psicoterapia cognitivo conductual y la psicoterapia de apoyo.

1.5. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMÓRBIDO con TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Atendiendo a la elevada comorbilidad diagnosticada por los profesionales sanitarios entre ambos trastornos (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMÓRBIDO con TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR), ha sido necesario acudir a guías internacionales y nacionales para conocer que principios activos tienen descritas entre las indicaciones de sus fichas técnicas un uso autorizado de estos trastornos y cuales se admite el uso no autorizado (*off the label*) para estos trastornos mentales. Por este motivo la utilización de asociaciones de antidepressivos es una práctica habitual en psiquiatría, aunque se ha estudiado poco su frecuencia y fundamentos neurobiológicos. A menudo se utiliza como recurso para resolver depresiones resistentes, eliminar síntomas residuales, aumentar la rapidez de acción, evitar efectos adversos, etc. Los datos disponibles sobre la frecuencia de uso eran escasos y poco fiables, y las opiniones sobre su utilidad y seguridad eran variables. En este contexto, pareció interesante estudiar en profundidad la cuestión

para la cual se realizó una encuesta a fin de conocer las opiniones de psiquiatras y residentes españoles.

De la Gándara et al (2002) elaboró una encuesta sobre frecuencia, tipos, utilidades y riesgos de las diferentes posibilidades de asociación, que fue ofrecida para su cumplimentación voluntaria y anónima en un Congreso Nacional de Psiquiatría y por correo. Se recogieron 1.032 encuestas de todo el país, de las cuales se incluyeron para el análisis, tras la depuración de datos, 831, de los cuales las conclusiones más notables fueron:

- ✓ La gran mayoría de los psiquiatras españoles (89.6%) opinaba que muchas depresiones no responden a un solo antidepresivo
- ✓ En esos casos, la potenciación de la respuesta asociando otro AD es la primera de las opciones que eligen (58.5%) lo cual sería necesario en el 25% de los casos, seguida por el cambio a otro AD (42.7%).
- ✓ Según sus opiniones, el 27.7% de los pacientes precisará la asociación de un segundo AD. Utilizan esta estrategia en la práctica en el 28% de los casos tratados.
- ✓ Las situaciones clínicas que motivan asociar a utilizar un segundo AD son:
 - Conseguir mayor eficacia (87%).
 - Salvar la resistencia al primer AD (32%).
 - Conseguir mayor rapidez de acción (26%).
 - Aliviar/evitar efectos secundarios (22%).
- ✓ En la práctica, los psiquiatras utilizan las asociaciones de AD para:
 - Proporcionar mayor eficacia (57%).
 - Salvar la resistencia al primer AD (27%).
 - Aportar mayor rapidez de acción (21%).
 - Aliviar/evitar ES (17%).
- ✓ Respecto al momento de inicio en que instauran la asociación, la respuesta más frecuente (50-82%) es tras esperar el tiempo de latencia antidepresiva. Entre el 22 y el 36% de los casos se instauran inicialmente para lograr mayor rapidez de acción o aliviar efectos secundarios. En el 97.6 % de los casos se tiene en cuenta el perfil farmacológico al asociar el segundo AD, sobre todo para lograr una potenciación noradrenérgica a la serotoninérgica. El 86.3% de los psiquiatras valora el perfil farmacológico del segundo AD para evitar efectos adversos colinérgicos o serotoninérgicos.
- ✓ Las asociaciones de fármacos más frecuentes varían según los diferentes motivos de uso pero, en general, las más utilizadas son: ISRS + mirtazapina, ISRS + ADT, ISRS + reboxetina, y otras.
- ✓ Entre las asociaciones que los psiquiatras escogen de forma preferente destaca la de ISRS + mirtazapina, tanto para lograr más eficacia (21%) como para aliviar efectos adversos del AD instaurado inicialmente (32%), para salvar la resistencia al AD administrado en primer lugar (20%).
- ✓ La mayoría de los encuestados (73.6% [70.5-76.6]) está de acuerdo con que mirtazapina es uno de los fármacos más empleados en las asociaciones de AD. Con respecto a las razones que pueden motivar este hecho, debe señalarse que las cinco que se apuntan en la encuesta se valoran como importantes. Por orden de frecuencia, el porcentaje de psiquiatras que ha señalado cada una de ellas queda como sigue:
 - Su efecto ansiolítico y reparador del sueño: 80.9% (77.7-84.1).

- Su mecanismo de acción dual: 65.4% (61.5-69.3).
- Su bajo perfil de interacciones: 56% (51.9-60.1).
- Su rapidez de acción: 45% (41-49.1).
- No originar los efectos adversos característicos de los ISRS: 39% (35-42.9).

✓ Por último, el grado de interés que tienen los psiquiatras en profundizar en el conocimiento de las asociaciones de AD es muy elevado (media de 4 puntos en una escala de 5 como máximo).

De sus conclusiones se destaca que la mayoría de los psiquiatras encuestados opinaba que la combinación de antidepresivos es una práctica frecuentemente utilizada. De los datos de la encuesta se desprende que su uso es más habitual de lo que se pensaba, se suelen tener en cuenta los perfiles farmacológicos y lo más frecuente es la potenciación 5HT-NA (ISRS más otro fármaco), especialmente la asociación de ISRS con mirtazapina y después venlafaxina.

Es importante resaltar y destacar en este punto que los principios activos de cada subgrupo que se han enumerado no tienen autorizadas las mismas indicaciones de uso. Así para el tema que nos ocupa, la Guía NICE del TEPT recomienda que los tratamientos farmacológicos (PAROXETINA o mirtazapina de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio) se deben ofrecer de forma individual o adjunta al tratamiento psicológico en adultos, cuando exista una depresión comórbida grave, o hiperactivación severa, que impacte negativamente en la capacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento psicológico. Teniendo en cuenta la recomendación de la Guía NICE del TEPT, la GPT, 2010 y las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado aquellas descritas explícitamente en su ficha técnica, donde esta contenida las indicaciones aprobadas y aceptadas por el Ministerio de Sanidad, los principios activos autorizados para el tratamiento del TEPT y del EDM que las víctimas afectadas de psicoterror laboral parece que serían, para el TEPT y EDM conjuntamente paroxetina y sertralina. Sertralina también es útil en la prevención de reaparición de episodios depresivos mayores. Para los EDM solos serían útiles además de los dos anteriores citalopram y fluoxetina, siendo el primero también útil en los casos de recaídas o recurrencias de los episodios depresivos:

Paroxetina (ficha técnica/Guía GPT): Indicaciones, tratamiento de:

- Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT)

Trastornos por estrés post-traumático/ Trastorno de ansiedad generalizada

La dosis recomendada es de 20 mg/día. Si después de algunas semanas se observa una respuesta insuficiente a la dosis recomendada, en algunos pacientes puede ser beneficioso aumentar la dosis gradualmente en incrementos de 10 mg, hasta un máximo de 50 mg/día. El uso a largo plazo debe ser evaluado regularmente. La eficacia a largo plazo de paroxetina en el tratamiento del trastorno por estrés post-traumático y del trastorno de ansiedad generalizada, no ha sido demostrada de forma concluyente.

Sertralina (ficha técnica/Guía GPT): Indicaciones, tratamiento de:

- Trastorno por estrés post-traumático (TEPT). La GPT indica que sólo para mujeres.

Trastorno de pánico y trastorno por estrés postraumático (TEPT): el tratamiento debe comenzar con 25 mg/día, incrementándose hasta 50 mg/día después de una semana, si la respuesta es parcial y el medicamento se tolera, incrementar la dosis en escalones de 50 mg durante varias semanas hasta 200 mg/día como máx. Se ha demostrado que este régimen de dosis reduce la frecuencia de los efectos colaterales que aparecen al principio del tratamiento característico del trastorno de pánico.

Para todas las indicaciones, la dosis diaria puede incrementarse de 50 en 50 mg a lo largo de un período de varias semanas. La dosis máxima recomendada de sertralina es de 200 mg/día. No deberían realizarse cambios en la dosis con una frecuencia mayor a una vez por semana dado que la semivida de eliminación de sertralina es de aproximadamente 24 horas.

La aparición del efecto terapéutico puede observarse en 7 días, aunque normalmente se necesitan de dos a cuatro semanas (e incluso un período mayor en el caso de TOC), para obtener una actividad terapéutica completa.

Durante los períodos terapéuticos de mantenimiento, la dosis debe ajustarse al nivel mínimo eficaz, con ajustes posteriores dependiendo de la respuesta terapéutica.

Si tenemos en cuenta las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado, de cada principio activo, aquellas descritas en su ficha técnica expuestas anteriormente observamos:

- Frente a la comorbilidad de TEPT y TDM se realizó un plan terapéutico correcto en un total de 17 pacientes, 13 con paroxetina (8 hombres 42.1 de la muestra masculina y 5 mujeres 12.8% de la muestra femenina) y 4 con sertralina (3 mujeres, concuerdan con la GPT, y 1 hombre). Por lo que se refiere a la prescripción la realizaron 9 psiquiatras y 4 MAP, a 2 pacientes le ratificaron su medicación uno en urgencias y el otro en la USL.

- Frente a las recaídas se realizó un tratamiento de mantenimiento acertado pautado con citalopram en 14 pacientes, 28% de la muestra (8 mujeres, 20.5% de la muestra femenina y 6 hombres 31.6% masculina). Cuando se calculó el tratamiento de mantenimiento se observó que una paciente estaba tratada con una combinación de paroxetina para la fase aguda y de citalopram para el mantenimiento.

- El total de pacientes que han sido prescritos en condiciones de "uso legal", las de uso autorizado, se puede considerar acertada en el primer estadio del TEPT comórbido con Episodio Depresivo Mayor (EDM) en el 32.8% de las prescripciones pautadas con p.a. del subgrupo N06AB ISRS a 17 personas (34% de la muestra) 8 mujeres (25.8% de la muestra femenina) y 9 hombres (47.4% de la masculina) y en el EDM paso previo al TDM en el 75.3% de las prescripciones pautadas a 31 personas (62% de la muestra) 16 mujeres (51.6% de la muestra femenina) y 15 hombres (79% de la masculina).

- La prescripción de los MAP se puede considerar acertada en el primer estadio del TEPT comórbido con EDM en el 26% para el TEPT y frente al EDM en el 77.9% de los casos. Estos datos no concuerdan con la categorización de los diagnósticos que hemos visto en el apartado de patrón diagnóstico, pues tanto el TEPT como el TAG (en el patrón diagnóstico de los MAP sólo aparece informado el estadio previo al TEPT, el TAG) no alcanza ni el 3% (2.9%) de los diagnósticos y en el caso del EDM el 11.4% del total.

- La prescripción de los psiquiatras se puede considerar acertada en el primer estadio del TEPT comórbido con EDM, frente al TEPT en el 40% y frente al EDM en el 71.8% de los casos. Estos datos son mejores que los señalados de los MAP y concuerdan algo más con la categorización de los diagnósticos que hemos visto en el apartado de patrón diagnóstico, alcanzan el 19% del TEPT/TAG (ambos han sido muy diagnosticados por los psiquiatras) y el 47.3% del TDM (se han incluido como diagnósticos los trastornos depresivos informados en diferentes grados y los episodios depresivos a partir del moderado).

- Para evitar las potenciales recaídas/recurrencias de los EDM está autorizado citalopram. Por consiguiente podemos admitir que la prescripción de los MAP para prevenir recaídas ha sido acertada en el 40.3% frente a un 29.4% de los psiquiatras. Si consideramos los pacientes la prescripción para evitar probables recaídas/ recurrencias ha sido acertada en el 34.5% de los 14 pacientes pautados (28% de la muestra) 8 mujeres (25.8% de la muestra femenina) y 6 hombres (31.6% de la masculina).

- Frente a la prevención de reaparición de EDM, el uso autorizado es sólo para sertralina. Así ha sido acertada únicamente en el 9.2% del total de prescripciones indicadas a 4 personas (8% de la muestra), 3 mujeres (9.7% de la muestra femenina) y 1 hombre (5.3% de la masculina). Los MAP pautaron acertadamente el 5.2% y los psiquiatras el 13%.

- La prescripción de los psiquiatras de urgencias y de los profesionales de las USL frente al TEPT y el TDM ha sido del 100% de los casos.

- No obstante atendiendo a la no remisión de los síntomas depresivos, la dificultad y la gravedad de los trastornos que sufren las víctimas de psicoterror laboral, la cronicidad de 12 personas del estudio (25%) que accedieron a la situación de IP, 3 personas más agotaron el período de 18 meses, de las cuales 2 se han reincorporado al trabajo al no serle admitida la IP y otra por sentencia judicial se ratificó que su ILT era considerada por accidente de trabajo con motivo del APT, el suicidio consumado y los 2 intentos autolíticos da una idea de la gravedad de estas conductas hostiles sistemáticas y de su difícil situación.

Al igual que ocurría con los p.a. de cualquier subgrupo es importante destacar que aunque todos los p.a. que se enumeraran pertenecen al subgrupo NO6AX OAD NO tienen autorizadas las mismas indicaciones de uso. Así según la Guía de Prescripción Terapéutica (GPT,2010), y las fichas técnicas de los principios activos reseñados, podemos afirmar que las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado, son las descritas explícitamente en su ficha técnica, donde esta contenida las indicaciones aprobadas y aceptadas por el MSSSI. Por consiguiente teniendo en cuenta este criterio NO existe ningún principio activo autorizado de este subgrupo para el tratamiento del TEPT comórbido con el TDM que las víctimas afectadas de psicoterror laboral.

No obstante teniendo en cuenta las recomendaciones que recoge tanto la Guía NICE, del TEPT y de la Depresión, la Guía de Manejo de la Depresión Mayor (Guía TDM) en Atención Primaria del MSSSI, y la GPT, 2010, aunque la base empírica para los tratamientos con medicamentos en el TEPT, es muy limitada hay evidencia de beneficios clínicos significativos para mirtazapina, amitriptilina y fenelcina. Como hemos visto la Guía NICE del TEPT recomienda que los tratamientos farmacológicos (paroxetina o MIRTAZAPINA de uso general, y amitriptilina o fenelcina para el inicio) se deben ofrecer de forma individual o adjunta al tratamiento psicológico en adultos, cuando existe una depresión comórbida grave (TDM), o hiperactivación severa, que impacta negativamente en la capacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento psicológico. Los fármacos de elección fuera de las condiciones de uso autorizadas son fenelzina (uso propuesto en los estadios iniciales según la Guía NICE para el TEPT) o isocarboxazida, que poseen menos efecto estimulante y resultan, en consecuencia, más inocuos, aunque no están comercializados en España. Existen también algunas recomendaciones, no contempladas en este estudio, como las series de guías de consenso de expertos para el tratamiento del TEPT, que sugirieron que nefazodona y venlafaxina son fármacos de primera línea para el tratamiento del TEPT. Tampoco se han tenido en cuenta en este punto los criterios de la Guía de la APA sobre Trastorno por Estrés Agudo y por Estrés Postraumático (Ursano et al, 2004).

Teniendo en cuenta esta recomendación y las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado las descritas en sus fichas técnicas autorizadas en España mirtazapina NO dispone de la indicación para el tratamiento del TEPT, no obstante ante la posible ineficacia del tratamiento con paroxetina, salvar su resistencia, conseguir mayor eficacia o potenciar el efecto farmacológico se exponen los resultados de mirtazapina como principio activo de 2ª línea para el tratamiento conjunto de TEPT y del TDM (indicación si autorizada en su ficha técnica y útil de 3ª línea en la GuíaTDM). En cambio frente a los episodios depresivos mayores o TDM serían útiles como medicamentos de segunda línea venlafaxina y de tercera línea mirtazapina, siendo la primera también útil para la prevención de recurrencias de episodios depresivos mayores:

En conclusión, si tenemos en cuenta las condiciones de "uso legal", las de uso autorizado, de cada principio activo, aquellas citadas explícitamente en su ficha técnica y añadimos las posibles recomendaciones de las Guías internacionales y nacionales expuestas obtenemos:

- Se puede considerar acertado el plan terapéutico instaurado en el segundo estadio del TEPT cómorbo con TDM en el 25% de todas las prescripciones pautadas del subgrupo N06AX OAD a 10 personas, que representan el 20% de la muestra (6 mujeres, 19.4% de la muestra femenina y 4 hombres, 21.1% de la masculina) y en el TDM del 63.6% de las prescripciones pautadas a 19 personas (38% de la muestra) 10 mujeres (32.3%) y 9 hombres (47.4%).

- La prescripción de los MAP frente al TEPT ha sido acertada en el 17.7% (mirtazapina) y frente al TDM en el 58.8% de los casos. Estos datos no concuerdan con la categorización de los diagnósticos que hemos visto en el apartado de patrón diagnóstico, pues tanto el TEPT como el TAG (en el patrón diagnóstico de los MAP sólo aparece informado el estadio previo al TEPT, el TAG) no alcanza ni el 3% (2.9%) de los diagnósticos y en el caso del EDM el 11.4% del total.

- La prescripción de los psiquiatras frente al TEPT ha sido acertada en el 26.4% de los casos y frente al TDM en el 64% de los casos (como segunda o tercera línea de actuación cuando fracasan los ISRS). Estos datos, al igual que en el uso de ISRS, son mejores que los señalados de los MAP y concuerdan algo más con la categorización de los diagnósticos que hemos visto en el apartado de patrón diagnóstico, alcanzan el 18.9% del TEPT/TAG (ambos han sido muy diagnosticados por los psiquiatras) y el 47.3% del TDM (se han incluido como diagnósticos los trastornos depresivos informados en diferentes grados y los episodios depresivos a partir del moderado).

- La prescripción de los psiquiatras de urgencias frente al TEPT ha sido del 100% de los casos, pero con valores relativos bajos, 3.9%). La de los neurólogos para el TDM ha sido del 66.7% pero con valores absolutos bajos (1.7% del total)

En nuestro país, respecto al tratamiento, observamos diferencias según el estado de remisión del paciente, en la forma de uso de los antidepresivos (el promedio de antidepresivos en pacientes en remisión es de 1.2 versus 1.4 en pacientes en no remisión; $p < 0.001$). A pesar de que el estudio prospectivo de base poblacional de (Sicras et al, 2010), no fue diseñado para analizar el tratamiento, sus datos recogidos sobre este punto invitan a reflexionar:

- Un 78.5% de los pacientes que no mantienen o no logran la remisión puede ser debido a que han recibido el mismo antidepresivo durante todo el periodo de estudio; estos datos parecen apuntar a que no se han considerado los sucesivos escalones de tratamiento recomendados para los pacientes no respondedores, por

las diferentes guías de internacionales para su tratamientos (ver estudio STAR*D). Podemos relacionar este hallazgo con los resultados de un estudio sobre la adecuación del tratamiento de la ansiedad y la depresión en Europa, que encuentra que sólo el 45.8% de los episodios depresivos mayores reciben el tratamiento adecuado, porcentaje que baja hasta el 32.5% cuando se estudian datos españoles (Fernández et al, 2007).

- La gran utilización de recursos en psicofármacos en los pacientes en No remisión (26 +_22.1), versus los pacientes en remisión (9.3 +_9.8), que representa el crecimiento más elevado casi del 300%.

- El promedio de pacientes que mantiene la remisión es del 54.6%, porcentaje similar al descrito en Reino Unido y algo inferior que el de otros estudios que encuentran tasas de remisión de hasta el 67%, tras un máximo de 4 intentos sucesivos de tratamiento agudo (Wade et al, 2007).

- El uso de BZD muestra diferencias significativas en el grupo que no remite (68.7% frente a 56.7%; $p < 0,001$), pero destaca un elevado consumo de ellas en ambos grupos (muy superior al 50% de los pacientes), lo cual contrasta con resultados de estudios similares en otros países en que el uso de BZD sigue criterios más estrictos (Wade et al, 2007).

- Es posible que en nuestro medio haya discrepancias a la hora de seguir las recomendaciones internacionales en la práctica clínica, y que resulte difícil convencer a los pacientes de la necesidad de una retirada precoz de estos medicamentos. Los principios activos más utilizados fueron paroxetina, fluoxetina, sertralina y citalopram; todos ellos pertenecientes al grupo de los ISRS, que son los antidepresivos recomendados como primera línea de tratamiento en las guías actuales (Bondolfi et al, 2006), pero se nos plantea la duda de si debería seguir siendo el tratamiento principal de los pacientes que no han mantenido la remisión. En este aspecto, algunos antidepresivos han demostrado conseguir mayores tasas de remisión (Nelson et al, 2008).

1.6. TRASTRONO TRASFORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Teniendo en cuenta la evolución crónica clínica de las víctimas de APT descrita por el psiquiatra De Rivera (2011) y recogida en el apartado 1.2, que describe las lesiones agudas y las secuelas crónicas de las víctimas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo, en el estadio 5 de la evolución crónica que una víctima de hostigamiento psicológico sistemático laboral, puede desarrollar diferentes tipos de estado, entre ellos el de hostil-paranoide, con predominio de rasgos de hipersensibilidad y rencor, estadio en el cual deben utilizarse los APS. Éstos fármacos son de primera elección aunque en algunas fichas técnicas aprobadas por el MSSSI no aparezca descrita en sus indicaciones como "uso autorizado", pasando a tener la consideración de medicamentos en situaciones especiales (fuera de las indicaciones autorizadas en la ficha técnica del medicamento).

En sus trabajos pioneros, Leymann (1986) observó un alto riesgo frecuente de error diagnóstico entre los afectados por conductas hostiles sistemáticas en el trabajo que se ha convertido en una constatación recurrente entre los especialistas. Leymann (1992a) y Piñuel (2001) entre otros, han aludido al error de atribución que se produce en el entorno clínico, concretamente la confusión entre la hipervigilancia reactiva al acoso y la paranoia; error que transforma la primera en la segunda por una falta de competencia clínica, por una incorrecta evaluación de los casos o por ambas cosas a la vez. El afectado se ve en estas situaciones doblemente victimizado y estigmatizado: por la empresa y por los servicios de salud, con la posibilidad de que se produzca un fenómeno devastador de exclusión

y un alto riesgo de suicidio. Leymann y Gustafsson (1996) teniendo en cuenta la posibilidad de que individuos aparentemente paranoicos podrían ser víctimas de *mobbing* en el trabajo, y dado que los pacientes con TEPT a menudo son diagnosticados incorrectamente de trastornos psicóticos, por lo cual se orientan sus diagnósticos en áreas psicóticas, comprobaron si había movimientos físicos maníacos extremos (manierismo y posturismo); megalomanía, alucinaciones y contenidos de pensamiento extremos (paranoia). *Ninguno* de sus pacientes mostró síntomas de tendencias psicóticas. Entonces, ¿A qué se debe este error de diagnóstico de trastorno delirante y trastorno paranoide de la personalidad entre víctimas de APT?

Si bien el APT no es una enfermedad, sino un comportamiento lesivo, sus efectos en la salud de los trabajadores son evidentes y en algunos casos han dado pie a confusiones diagnósticas que son objeto de este estudio. Los síntomas y malestares más frecuentes suelen estar vinculados al estrés manifestado y a menudo articulado en el ciclo oscilatorio alerta-depresión-defensividad, como el dolor de espalda y articular, los diversos síntomas psicósomáticos, el trastorno del sueño, la falta de concentración y atención, las alteraciones de la memoria, la ansiedad y la depresión reactivas, la fatiga crónica, la hipervigilancia reactiva, la irritabilidad y el aislamiento social, ... (Martínez y Medeiros, 2012).

No debe subestimarse el estrés psicológico grave que padece una víctima al ser hostigada sistemáticamente y pueden desarrollar trastornos de depresión mayor, trastorno por estrés postraumático y/o trastornos de adaptación. Estos trastornos se han de tratar de acuerdo con los síntomas, y alentar a los pacientes a retirar energía del lugar de trabajo e invertirla en la familia, en la búsqueda de empleo u otras actividades. Otras formas de psicoterror laboral pueden provocar en las víctimas una angustia tan fuerte que es difícil averiguar lo que está sucediendo en su entorno laboral, y que podría interpretarse como una personalidad con tendencia a rasgos psicóticos, maníaco o esquizoide. Otros comportamientos o actitudes laborales pueden ser sumamente estresantes, pero no tienen el potencial "paranoidogénico" del *mobbing* (Girardi et al, 2007).

No debe descartarse en cambio que el APT pueda producir o desencadenar trastornos mentales graves, entre ellos el trastorno delirante (la anteriormente denominada paranoia), el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno bipolar (antes psicosis maniaco-depresiva). También el APT puede conformarse como tema central de una ideación delirante, por lo que estaríamos ante un caso de falso *mobbing*. Incluso puede coexistir la existencia de un trastorno mental o de la personalidad y APT debido a la consustancial estigmatización de los problemas de salud mental. Estas posibilidades no son puestas en duda en la literatura sobre el *mobbing* ni deben ser descartadas. No obstante, hay evidencia robusta de que estos fenómenos son poco prevalentes y de que generalmente el uso de nosologías como trastorno delirante de tipo paranoide y el trastorno paranoide de la personalidad responde a un error clínico de atribución que redundaría en el sufrimiento de los afectados. Éstos son los diagnósticos erróneos habituales según Leymann (Martínez y Medeiros, 2012).

Los APS también se conocen como «neurolépticos» y (erróneamente) como «tranquilizantes mayores». Los APS suelen tranquilizar sin alterar la conciencia ni producir una excitación paradójica, pero no deben considerarse meramente tranquilizantes. El efecto tranquilizante tiene una importancia menor frente a trastornos como la esquizofrenia. Durante cortos períodos, se emplean para tranquilizar a los pacientes trastornados, al margen de la psicopatología de base, que puede consistir en esquizofrenia, lesión cerebral, manía, *delirium* por intoxicación o depresión con agitación. Los APS se emplean para aliviar la ansiedad

grave, aunque esta medida se debe utilizar durante un período reducido (GPT, 2010).

Su uso se focalizaba casi exclusivamente en los psiquiatras por las indicaciones de los derivados de fenotiazinas dirigidas a pacientes con graves trastornos mentales (esquizofrenia, manía, psicosis), difícil dosificación (formas depot), sus efectos adversos (los síntomas extrapiramidales son los más delicados, *síntomas parkinsonianos* (incluido el temblor), *distonía* (movimiento anómalo de la cara y el cuerpo) y *discinesia, acatisia* (agitación), *discinesia tardía* (movimientos rítmicos involuntarios de la lengua, cara y maxilares), *hipotensión* y *los problemas de regulación de la temperatura, síndrome maligno por neurolépticos* (hipertermia, nivel fluctuante de conciencia, rigidez muscular y disfunción vegetativa con palidez, taquicardia, labilidad de la presión arterial, sudoración e incontinencia urinaria). No obstante con la aparición de los nuevos antipsicóticos amisulprida, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, sertindol y zotepina, se ha facilitado mucho su administración, por otros profesionales (GPT, 2010).

Los antipsicóticos «atípicos» o antipsicóticos de segunda generación (ASG) amisulprida, aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona y zotepina probablemente sean mejor tolerados que los demás antipsicóticos; quizá, los síntomas extrapiramidales resulten menos frecuentes que con los antipsicóticos más antiguos. Aripiprazol, clozapina, olanzapina, quetiapina y sertindol provocan poca o ninguna elevación de prolactina. Estos antipsicóticos atípicos deben usarse con prudencia ante pacientes con enfermedades cerebrovasculares o antecedentes de epilepsia y con precaución en los ancianos (GPT, 2010).

Nuevas investigaciones proponen la adición de ASG en respondedores parciales a monoterapia con antidepresivos: A pesar de no ser considerados como alternativas terapéuticas en el estudio STAR*D (Rush et al, 2006), los ASG (olanzapina, risperidona, quetiapina, y aripiprazol) son cada vez más elegidos para agregarse a los antidepresivos en los pacientes con DRT, tanto por el número creciente de estudios que demuestran su utilidad clínica como por su reputación de ofrecer beneficios rápidos. El uso de ASG no se limita a las depresiones dentro del espectro bipolar o depresiones con síntomas psicóticos. Algunos de ellos han demostrado ser eficaces en la terapia de aumento de los antidepresivos en pacientes con DRT.

Quetiapina¹³ es un agente APS atípico que gracias a un perfil farmacológico le permite interactuar con un amplio rango de receptores de neurotransmisión sobre los tres sistemas de neurotransmisores implicados en la neurobiología de la depresión. Muestra afinidad por la serotonina cerebral (5HT₂) y los receptores D₁ y D₂ de la dopamina. Se cree que esta combinación del antagonismo del receptor con una mayor selectividad para 5HT₂ relativa a los receptores D₂ contribuye a las propiedades antipsicóticas y a la baja incidencia de efectos secundarios extrapiramidales. Quetiapina también posee una alta afinidad por los receptores α ₁ adrenérgicos e histaminérgicos y una baja por los α ₂ adrenérgicos, pero sin una afinidad apreciable por los receptores muscarínicos o benzodiazepínicos.

Sobre el sistema dopaminérgico quetiapina induce un aumento de la liberación de dopamina prefrontal gracias principalmente a su acción antagonista 5-HT_{2A}, agonista parcial 5-HT_{1A} y antagonista α ₂ adrenérgico. Quetiapina mejora también la neurotransmisión serotoninérgica mediante el aumento de la densidad de receptores 5-HT_{1A} en el córtex prefrontal y el antagonismo 5-HT_{2A} y α ₂ adrenérgico. Por su parte, el principal metabolito activo de quetiapina, norquetiapina, actúa como antagonista 5-HT_{2C} y es un potente inhibidor del transportador de noradrenalina. La inhibición de noradrenalina se traduce en un

¹³ Ficha técnica, Quetiapina (Psicotric[®]). Agencia Española del Medicamento.

aumento de la noradrenalina sináptica que, unido al aumento de dopamina prefrontal y de serotonina explicaría el efecto antidepressivo demostrado por quetiapina en diferentes ensayos clínicos. La acción de quetiapina sobre los receptores glutamatérgicos y GABAérgicos constituye un interesante objeto de estudio, al igual que un posible efecto neuroprotector que ya ha empezado a observarse en modelos animales.

Subgrupos del N05A Antipsicóticos

Si tenemos en cuenta las condiciones de uso autorizado, y añadimos las posibles recomendaciones de las Guías internacionales y nacionales expuestas a lo largo de este estudio hemos visto como el uso de los APS va dirigido con carácter crónico hacia los pacientes con TTP que presentan mayor resistencia al TDM y que se encuentran en situación de IP (13). También se prescriben a 2 personas que agotaron el período de 18 meses, pero mantienen la medicación más la persona que se suicidó. En total la prescripción se realizó a 15 personas (30% de la muestra). 8 mujeres, 25.8% de la muestra femenina y 7 hombres, 36.8% de la masculina.

Estas personas están afectadas de un TMG e incapacitante, teniendo pautadas todas ellas p.a. del grupo terapéutico N05A APS, en combinación siempre con un fármaco del subgrupo N06AX OAD. El nº total de prescripciones indicadas para mitigar este estado crónico es elevado 1/3 del total (33.5%) que corresponden a la suma del subgrupo N06AX OAD (22%), del grupo N05A APS (8.3%) y del grupo N03A (3.2%). Es el subgrupo N05AH - Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas el más pautado con un 78.7 % del total. El subgrupo N05AH - Diazepinas, oxazepinas, tiazepinas y oxepinas es el más pautado con un 78.67% del total. Los psiquiatras pautaron el 93.2% del total. El subgrupo NOX OAPS alcanzó el 16%. Los psiquiatras pautaron el 75%. Llama la atención la no utilización del APS pregabalina (indicación autorizada del TAG) de gran consumo en recetas del SNS.

Este subgrupo se caracteriza por una práctica clínica muy clara de prescripción centralizada por los psiquiatras en un 88% (aconsejado desde las diferentes guías de prescripción tanto internacionales NICE como españolas, GuíaTDM). La pobre indicación de los MAP de los resultados obtenidos parece más un mantenimiento del plan terapéutico instaurado por el psiquiatra que una indicación inicial del propio MAP. En cuanto a los psiquiatras de URG pautaron mayoritariamente los que conocen más sus efectos adversos pues llevan más años autorizados y comercializados. Las USL y los neurólogos no prescribieron ningún APS. Se ha de recordar en este punto las personas se encuentran en situación de IP.

Principios activos del subgrupo N05A APS

La prescripción fue: Quetiapina pautada en 7 pacientes (3 mujeres y 4 hombres) de los cuales en 3 ocasiones (2 mujeres y 1 hombre) aparece como único AP, y 4 en combinación con otros AP (2 hombres en combinación con olanzapina y otras dos uno de cada con aripripazol). Olanzapina indicada en 6 pacientes (2 mujeres y 4 hombres) de los cuales 3 como único AP (2 hombres y 1 mujer) y 3 en combinación con otros AP (2 hombres con quetiapina y 1 mujer con risperidona) Risperidona se utilizó en 4 pacientes (2 de cada sexo) 2 veces como único AP (1 de cada sexo) y 2 en combinación (los dos con olanzapina 1 de cada sexo). Aripripazol pautada en 3 pacientes (2 mujeres y 1 hombre), en combinación con quetiapina en 2 ocasiones (1 de cada sexo) y la otra mujer como único APS. El uso de Levomepromazina, Sulpirida en dos mujeres y Ziprasidona en hombre siempre ha sido como único AP.

El número de prescripciones totales de este grupo N05A APS ha sido de 74. La media de prescripciones o modificaciones de la misma, de p.a. de este subgrupo

según las ocasiones coincidentes, o no, que los profesionales han prescrito principios activos de N05 APS ha sido del 3.2. A las 17 personas se les había prescrito previamente 1 AD del subgrupo N06AX OAD y a 10 personas 1 ISRS. El número de prescripciones totales de este grupo NO5A AP asciende a 74, prescritos a 15 personas, por tanto a cada paciente se le han pautado 4.9 APS de media, 4.5 en mujeres y 5.4 en hombres.

Al igual que ocurría con los p.a. de cualquier subgrupo es importante destacar que aunque todos los p.a. que se enumeraran pertenecen al subgrupo NO5A APS no tienen autorizadas las mismas indicaciones de uso. Así según las condiciones de uso autorizado en la GPT (2010), y las fichas técnicas de los p.a. reseñados, podemos afirmar no existe ningún APS autorizado para el tratamiento del TEPT comórbido con el TDM. Sin embargo, en el Consenso de Tratamiento de las Depresiones sobre las recomendaciones en la Depresión Resistente (Vallejo, 2005) recomiendan a olanzapina entre otros, basándose en la literatura internacional.

Sin embargo teniendo en cuenta las recomendaciones que recoge tanto la Guía NICE, del TEPT (2005) y de la Depresión (2011a), la Guía TDM (2008) del MSSSI, y la GPT (2010), aunque la base empírica para los tratamientos con medicamentos en el TEPT, es muy limitada y que no aparece recomendado ningún p.a. de este grupo NO5A para el tratamiento del TDM, se permite que un paciente adulto con TEPT cuando no responde al tratamiento farmacológico, se debe tomar en consideración el aumento de la dosis dentro de los límites permitidos. Si se desea un tratamiento medicamentoso, deberá ser una clase diferente del AD, o incorporar el uso paralelo de olanzapina, aunque también se admite de acuerdo con la Guía de la APA sobre TEA y por EP el uso de risperidona (Ursano et al, 2004). En las Guías mencionadas

En cuanto a la prescripción por especialista, a todas se les había pautado previamente AD ISRS y/o OAD. Los p.a. más pautados han sido Quetiapina (52%) y Olanzapina de (26.7%). Quetiapina dobla en % a la Olanzapina. Los psiquiatras presentan unas tasas de prescripción de quetiapina y olanzapina superiores al 92%. Aripipazol y Risperidona también son prescritos mayoritariamente por psiquiatras en % superiores al 66%. Los psiquiatras se decantan claramente en un 54.6% por quetiapina, por su indicación para el tratamiento del episodio maniaco moderado a grave y, olanzapina (28.8%) se indica en 2º lugar para tratar una enfermedad con síntomas tales como oír, ver, sentir cosas irreales, creencias erróneas, suspicacia inusual y tendencias de retraimiento, las personas que sufren estas enfermedades pueden encontrarse, además deprimidas, ansiosas o tensas. La indicación tanto de los MAP como de los psiquiatras de URG fue de mantenimiento en el primer caso y de modificación de la dosis en el segundo. Si admitimos el uso de Olanzapina y Risperidona de acuerdo con lo admitido por la Guía de la APA sobre TEA y por EP, se puede considerar acertada la pauta terapéutica de 3ª línea instaurada a las víctimas de APT con TEPT en un 20% de la muestra (10 personas). Así 4 mujeres (10.3% de la muestra femenina) y 6 hombres (31.6% de la masculina) tienen un plan terapéutico acertado. No obstante hemos de informar que a todas estas personas tenían prescritas conjuntamente paroxetina o mirtazapina, admitidos por la Guía NICE TEPT (2005)

Utilización de psicofármacos por las víctimas de APT para indicaciones no autorizadas off-the-label.

Teniendo en cuenta el criterio que la GPT (2010) recoge, la prescripción de medicamentos al margen de las recomendaciones de la autorización de comercialización correspondiente aprobadas por la AEMPS afecta a la responsabilidad profesional del médico o especialista (y probablemente la aumenta), esto es especialmente importante si se tiene en cuenta que esas supuestas implicaciones podrían tener, además, repercusiones legales importantes

para los prescriptores. No se trata de que los psiquiatras se asusten a la hora de prescribir psicofármacos porque entonces podríamos caer en una prescripción defensiva de mantener el plan terapéutico, aumentado dosis o intercambiando principios activos del mismo subgrupo terapéutico o medicamentos con dosis más bajas o durante menos tiempo del debido, o incluso de fármacos más inocuos aunque no fueran los más oportunos para el proceso que tratemos. Lo más lógico sería un seguimiento estrecho para vigilar si con la aceptación bajo criterios de *evidencia científica contrastada y suficiente de su eficacia y seguridad para el uso que se propone* pudiesen aparecer efectos secundarios y, sobre todo, tener en cuenta las muchas otras circunstancias y factores de riesgo que pueden estar presentes en el desarrollo de una enfermedad presuntamente desencadenada por los fármacos (GPT, 2010)

Ajustar la legislación para proteger la salud del ciudadano sin obstaculizar el empleo juicioso de medicamentos en situaciones como las mencionadas (uso en condiciones distintas a las autorizadas) no es tarea fácil, pues la decisión de utilizarlos se basa, necesariamente, en pruebas menos concluyentes (con más incertidumbre) que las manejadas para las condiciones autorizadas de uso. Ello implica, en general, un papel más explícito del juicio individual tanto del médico prescriptor como del propio paciente bien informado (Pacheco et al, 2010).

En los EEUU, la *"practice of medicine exemption"* considera legal que los médicos modifiquen las condiciones de uso aprobadas sin informar a la FDA ni obtener su autorización, de modo que el uso en indicaciones no autorizadas se valora como racional y apropiado, en tanto exista apoyo científico y no se incurra en contraindicaciones o en riesgos. Tal es la posición de la AMA, que defiende el uso *off-label* si está respaldado por la evidencia científica o el criterio médico sólidos, y propone que las "terceras partes" cubran el gasto farmacéutico que origina (Medrano et al, 2009).

En cambio, en España el uso fuera de indicación, ha estado regulado por una normativa restrictiva que lo asimilaba al uso compasivo, con la aprobación ya en el año 1993 del Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, donde los definía como *"la utilización, en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico, de productos en fase de investigación clínica, o también la utilización de especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad, considera indispensable su utilización"*. Una norma posterior, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos (17), seguía considerando al *off-label* una variante del uso compasivo, con mínimas modificaciones estilísticas (*"...incluidas especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas"*: Art 28.1). El uso de medicamentos en indicaciones diferentes exigía los mismos requisitos del uso compasivo: *"consentimiento informado del paciente o de su representante legal"*, *"un informe clínico en el que el médico justifique la necesidad de dicho tratamiento"*, *"la conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento"* y la *"autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios"*. Además, el médico responsable debía comunicar a la AEMPS *"los resultados del tratamiento, así como las sospechas de reacciones adversas que puedan ser debidas a este"* (Arts. 28.2 y 3) (Medrano et al, 2009).

Una concepción contraria al RD 223/2004, fue la base para una nota de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria de octubre de 2006 (Medrano et al, 2009), que abogaba por diferenciar el uso no autorizado mediante una normativa que estipulase como requisitos la existencia de *"evidencia científica contrastada y suficiente de su eficacia y seguridad para el uso que se propone"* y el refrendo de *"un protocolo en el que conste toda la evidencia que avala su uso en la indicación"*

'off label' específica". Este protocolo tendría que ser aprobado por "la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital donde se aplique el tratamiento y autorizado por la Dirección del centro", la cual debería comunicarlo a la AEMPS. Si el fármaco *off-label* no estaba previsto en los protocolos del centro el paciente debería otorgar consentimiento informado, que se remitiría a la AEMPS, junto con la evidencia disponible y la autorización de la Dirección del centro, y un informe clínico explicando la solicitud. Asimismo, se recomendaba extremar "los sistemas de prevención de riesgos relacionados con los medicamentos, en particular la identificación de efectos adversos en pacientes que sean sometidos a un tratamiento *'off label'*".

Con la aprobación del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, regula tres "situaciones especiales", siendo una de ellas la "prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilicen en condiciones distintas a las autorizadas", es decir, en indicaciones o dosis distintas a las dispuestas en la ficha técnica, documento que estipula las condiciones de uso autorizadas (Art. 15.2 de la Ley de Uso Racional del Medicamento. Este Real Decreto introduce un cambio sustancial, ya que no será necesaria la autorización caso por caso por parte de la AEMPS, como hasta ahora, mantiene el criterio de excepcionalidad, (Art. 13.1), restringe los casos en los que no haya alternativas terapéuticas y apela a la responsabilidad del profesional sanitario que deberá informar de forma completa al paciente y obtener su consentimiento, además de justificar adecuadamente la necesidad del tratamiento en la historia clínica del paciente y respetarlas condiciones especiales de prescripción y/o dispensación (Medrano et al, 2009).

Con este cambio se podrán utilizar medicamentos ya aprobados en condiciones e indicaciones distintas a las autorizadas en la ficha técnica pero sin los requerimientos del uso compasivo, en línea con lo recomendado por la SEFH. Así se prevé que los centros dispongan de protocolos terapéutico-asistenciales que aporten la base científica y la cobertura para el uso no autorizado de fármacos tomando en consideración las recomendaciones, que pueda emitir la AEMPS (Art. 13.2), El médico responsable deberá justificar la medida en la historia clínica, informará adecuadamente al paciente y obtendrá su CI. También deberá "respetar en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario" (Art.13.1). Igualmente, según la normativa ya existente deberá comunicar las posibles reacciones adversas (Medrano et al, 2009)...

En caso de que exista un protocolo terapéutico-asistencial de aplicación en el centro, el prescriptor deberá seguir las pautas indicadas en el mismo. La AEMPS podrá orientar elaborando recomendaciones de uso cuando se identifique la necesidad del medicamento, no existan alternativas terapéuticas autorizadas y además se trate de medicamentos de especial riesgo, y/o sujetos a condiciones especiales de prescripción y/o de elevado impacto sanitario. Dichas recomendaciones se tendrán en cuenta en la elaboración de los protocolos terapéutico-asistenciales de aplicación en los centros sanitarios. Para identificar la necesidad de estas recomendaciones, la AEMPS creará un sistema de intercambio de información con las autoridades competentes de las comunidades autónomas (Medrano et al, 2009).

En España, el Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios, de Farmaindustria en su edición de 2005 (Medrano et al, 2009) afirma que "todas los elementos de la publicidad de un medicamento deberán ser compatibles con la información contenida en la ficha técnica vigente y con las indicaciones aprobadas" (artículo 1.2), lo que proscribió la promoción de usos no autorizados. Sin embargo,

"este precepto no [...] pretende restringir el intercambio total y adecuado de información científica relacionada con los medicamentos o con las sustancias medicinales, entre la cual se encuentra la divulgación apropiada y objetiva de los hallazgos de la investigación en los medios de comunicación científicos y en congresos científicos". Además, el código no excluye la difusión de información sobre el empleo de fármacos en indicaciones *off-label*, ya que no afecta a "los originales, separatas, traducciones literales de artículos científicos y sus resúmenes publicados en fuentes científicas de reconocido prestigio, siempre y cuando no lleven adicionalmente incorporados, impresos, grabados o enlazados electrónicamente, marcas o nombres comerciales de medicamentos, frases publicitarias u otro material publicitario".

La legislación prohíbe la promoción del uso no autorizado. Para la LURM es falta muy grave "realizar promoción, información o publicidad de medicamentos no autorizados o sin ajustarse a las condiciones establecidas en la autorización" (Art. 101.2.c.16). Igualmente, el nuevo RD 1015/2009 establece que los fabricantes no pueden "realizar promoción del uso del medicamento en condiciones diferentes a las autorizadas", ni pueden "distribuir ningún tipo de material que, de forma indirecta, pudiera estimular" el uso de medicamentos fuera de indicación (Medrano et al, 2009).

Teniendo en cuenta lo expuesto se incluye en este estudio, los Usos No Autorizados en España de principios activos cuyas indicaciones serían útiles en los tratamientos de las víctimas de APT, que cuentan con el refrendo de guías profesionales:

Guía de la APA sobre TDM (APA, 2000): Hormonas tiroideas, Metilfenidato

Consenso de Tratamiento de las Depresiones (Vallejo, 2005): Recomendaciones en la Depresión Resistente: T3, Olanzapina, Psicoestimulantes

Guía de la APA sobre TEA y por EP (Ursano et al, 2004): BZD, ASG como olanzapina y risperidona, Inhibidores del tono noradrenérgico como prazosina o propranolol.

3. El insomnio crónico como factor de riesgo en el acoso psicológico laboral

Los trastornos del sueño, y de forma particular el insomnio, son una de las quejas más frecuentes de la humanidad. En la mayoría de ocasiones se trata de un síntoma de numerosas alteraciones médicas y psiquiátricas y su tratamiento eficaz depende del conocimiento de la causa subyacente. Son motivos de consulta frecuente en AP.

Los trastornos del sueño crónicos y persistentes, en especial el insomnio, no relacionados inicialmente con alteraciones psiquiátricas, es un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, ansiedad, depresión y abuso de sustancias, incluso si no es tratado este insomnio puede ser uno de los factores de riesgo para desencadenar una depresión mayor. En cambio, casi 3 de cada 4 pacientes con insomnio crónico la causa principal proveniente son alteraciones psiquiátricas, frecuentemente depresión y/o ansiedad, pero también psicosis y dependencia de alcohol o drogas.

El insomnio preocupa mucho a las víctimas pues la actividad cerebral es continúa durante el día, debido a los estresores que soporta, revive las situaciones, esta hiperactiva, el estado de alerta es continuo (no ha de fallar), presenta un estrés mental alto, y por tanto su nivel de fatiga es alto (no puede dormir aunque este

agotado) que le hace disminuir la concentración, la memoria, empiezan los olvidos, etc. y cuando llega la noche esta tan agotada que quiere dormir pero no puede entrando en un círculo vicioso de auténtica locura. El insomnio debe considerarse en toda su extensión, pues los afectados que consultaban al farmacéutico por insomnio además se quejaban de otros síntomas durante el día, como eran alteraciones del humor, apatía, cansancio, dificultad para realizar las tareas cotidianas, déficit cognitivos, somnolencia, fatiga y otros. En ocasiones, pese a la quejas de somnolencia, las personas con insomnio no podía dormirse durante el día, y lo reconocían cuando se les pregunta directamente por ello. Muchos autores consideran el insomnio como un estado de *hiperalerta* o "trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día", convirtiéndose en un problema que afecta a la persona, tanto por la noche como por el día (GuíaINS, 2008).

En nuestro estudio se ha observado que la relación que más se ha demostrado repetidamente es que el insomnio crónico es uno de los síntomas que aparecen más tempranamente en el APT, siendo el que más perdura en el tiempo, el que afecta al mayor número de víctimas y el que más incapacita pues su aparición y mantenimiento desencadena una disminución de la calidad de vida, y un peor estado de salud. Sin embargo, del seguimiento realizado se detecta una baja proporción de tratamiento adecuado, y cuando se preguntaba a cada paciente por este motivo sus respuestas eran variadas y de todo tipo (no se detectaba un patrón común). A pacientes que tomaban BZD como ansiolíticos les manifestaban que esa medicación les ayudaba a dormir o que AD como mirtazapina o trazodona eran útiles para el insomnio. También se indicó el uso de clonazepam para esta función, y hasta el uso APS como quetiapina tenían esa función, por no decir de los antihistamínicos que como efecto secundario dan somnolencia. Esta prescripción se podía considerar que presenta un error de atribución pues los profesionales sanitarios que atendían a las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo informaban de indicaciones no descritas en las fichas técnicas de estos p.a., se podría considerar por tanto una prescripción no autorizada. Es evidente que se detecta un tratamiento no autorizado de este subgrupo (Prabha et al 2010, Pacheco et al, 2010).

Se desvela que las personas tratadas correctamente frente al insomnio mediante HS, de acuerdo con las indicaciones autorizadas descritas en las fichas técnicas y teniendo en cuenta la GuíaINS (2008), afecta sólo a 22 personas, el 44% de la población de estudio, a cada paciente se le han pautado 3.1 HS. Se han prescrito HS a 15 mujeres (48.4% de la muestra femenina) y 7 hombres (36.8% de la masculina, aunque de media a cada, aunque la media sea 2.8 a mujeres y 3.7 a hombres. Así en el insomnio relacionado con las personas afectadas de APT se constata que hay una diferencia de género. Hay más mujeres que toman medicación frente al insomnio que hombres. En general, con estos datos podemos afirmar que en el APT el insomnio crónico está infradiagnosticado e infratratado correctamente, pues la relación que se ha demostrado más repetidamente en este estudio es que el insomnio crónico es uno de los síntomas más grave, característico, repetitivo y recurrente, lo cual repercutirá enormemente en las víctimas de APT.

El número total de prescripciones como tratamiento del insomnio de este subgrupo N05C HS fue de 68 (7.5%), alcanzando un nivel inferior y cercano al de los APS (8.3%). Por subgrupos el número de prescripciones totales para NOCD fue de 43 (63.2%) y de 25 (36.8%) para N05CF. La media de prescripciones según las ocasiones que los profesionales han prescrito los principios activos del grupo N05C ha sido de 3, mientras que las de su subgrupos, N05CD del 2.9 y las del subgrupo NOCF 3.1. El principio activo más prescrito es Lormetazepam seguido de Zolpidem.

Este subgrupo se caracteriza por una práctica clínica dual de prescripción MAP/psiquiatras del 92.6%. Mientras los MAP pautaban aproximadamente 1/3 de las prescripciones (30.2%) los psiquiatras (60%), si incluimos los de URG pautaban el otro 2/3 (69.8%). La prescripción de los MAP se decantaba más por el N05CD, 59.1% vs 40.9% del N05CF. Mientras que los psiquiatras pautaban más el N05CD, 65.9% que el N05CF con 34.2%. Los psiquiatras de URG sólo pautaban N05CD, los profesionales de las USL sólo N05CF y, los neurólogos no prescribieron ningún hipnótico. Los derivados de la BZD son los más utilizados por todos los especialistas, a excepción de los profesionales de las USL, con un 63.2%. El hecho de que los psiquiatras se centre más en los derivados de las BZD, disminuyendo la prescripción a casi la mitad de los principios activos del grupo Z, provoca que la proporción de prescripción de los MAP, sea mayor en el grupo Z (36%) que en los derivados de BZD (30.2%).

La reasignación de los HS por parte de los psiquiatras fue extensa y con gran variedad de dosificación y posología. Lormetazepam fue pautado en 14 pacientes (11 mujeres y 3 hombres), 11 veces en solitario y 3 en combinación 2 con zolpidem (1 en cada sexo) y 1 mujer con triazolam. Zolpidem fue indicada en 7 pacientes (4 mujeres y 3 hombres), 5 en solitario y 2 en combinación con lormetazepam. Triazolam (en combinación) y Zopiclona en solitario se prescribieron en 2 mujeres.

El p.a. más prescrito es Lormetazepam seguido de Zolpidem. Lormetazepam representa casi el 60% de las prescripciones (58.8%) y zolpidem casi el 34%. Los MAP prescribían tanto lormetazepam (45.5%) como zolpidem (40.9%). Los psiquiatras se decantan ampliamente por lormetazepam (65.9%) y zolpidem baja hasta un 29.3% de los casos. Todos los psiquiatras de URG, y el 67.5% de los psiquiatras de CCEE o CSMA prescriben lormetazepam. La reasignación de los Hipnóticos sedantes ha sido extensa y con gran variedad de dosificación y posología.

STAR*D fue un estudio de la depresión más que un estudio del sueño pues los participantes no fueron sometidos a estudios de sueño como la polisomnografía. No obstante los autores (Prabha et al, 2010) demostraron acreditaron que la presencia de síntomas de insomnio se asoció con una mayor carga de enfermedad, incluyendo la severidad de depresión mayor y la probabilidad de rasgos de ansiedad, enfermedad médica o psiquiátrica concomitante más general, y peor calidad de vida. Estas asociaciones se mantuvieron incluso después de que los elementos de perturbación del sueño fueran controlados. Las personas con síntomas de insomnio (unido al TDM que padecían) eran dos veces más propensos a tener TEPT y TAG, agorafobia, trastorno somatomorfo, o la hipocondría y casi tres veces a tener un trastorno de pánico.

Los síntomas del insomnio son persistentes y de difícil tratamiento, incluso después de un tratamiento adecuado de la depresión. La persistencia de los síntomas del insomnio y la dificultad en el tratamiento de ellos fue confirmado por el hallazgo a los participantes de STAR*D que recibían hipnóticos al inicio del estudio, la mayoría (92%) mantenían aún los síntomas del insomnio en la semana anterior al estudio. Este hallazgo refuerza la opinión de que los síntomas del insomnio deben ser tratados de manera agresiva en los pacientes con TDM. Tal como detectó este estudio de la muestra evaluable, el 84.7% presentaron algún tipo de trastorno del sueño. Las conclusiones del estudio de los trastornos del sueño dentro del estudio STAR*D generador de hipótesis fueron (Prabha et al, 2010):

1. En pacientes con depresión el insomnio esta infradiagnosticado e infratratado: los síntomas del insomnio crónico resultaron ser comunes, clínicamente relevantes, poco reconocidos y tratados en los pacientes con TDM. También fueron persistentes

aún cuando se trataban, lo cual es importante dado que la persistencia de los síntomas del insomnio ha sido asociada a la depresión resistente al tratamiento.

2. El insomnio de mantenimiento en solitario es el más comunes de los tres tipos, pero la presentación más común fue la combinación presencia de los tres tipos de insomnio (conciliación, mantenimiento y despertar precoz).

c. Los síntomas del insomnio crónico se asocian con varios indicadores de poseer un trastorno depresivo más grave. Aunque pocos cuestionan la necesidad de tratar los síntomas del insomnio primario, no hay consenso sobre si y cómo tratar los síntomas del insomnio cuando éstos concurren con el trastorno depresivo mayor.

3 .Las características sociodemográficas que distinguían a los participantes con depresión que tenían trastornos del sueño de los que no lo tenían incluyen con más probabilidades ser afroamericano, soltero, tener más edad, menos años de escolaridad, el ingreso mensual era menor, y poseían factores estresantes agudos importantes, incluyendo el divorcio y el desempleo.

4. Los síntomas de insomnio están asociados con un aumento de la carga de la enfermedad depresiva, incluyendo una mayor severidad de los síntomas depresivos, de los síntomas ansiosos, más comorbilidades médicas concurrentes y más diagnósticos psiquiátricos, una reducción de la calidad de vida, y peor funcionamiento físico.

5. Los síntomas del insomnio crónico se asocian con varios indicadores de poseer un trastorno depresivo más grave. Aunque pocos cuestionan la necesidad de tratar los síntomas del insomnio primario, no hay consenso sobre si y cómo tratar los síntomas del insomnio cuando éstos concurren con el trastorno depresivo mayor.

6. La investigación futura debe centrarse en determinar cómo identificar mejor los síntomas del insomnio y medir su capacidad de respuesta para realizar una intervención en pacientes con TDM, y sobre la forma de seleccionar la intervención más eficaz basada en síntomas de insomnio asociados.

Estos resultados son importantes por dos motivos; en primer lugar porque se debe proponer e incentivar con insistencia el tratamiento agresivo con hipnóticos sedantes a los pacientes con TDM por parte de los médicos prescriptores, en segundo lugar porque teniendo en cuenta que en estos pacientes, el insomnio más prevalente es el insomnio de mantenimiento, ello determinará cual será el tipo de hipnótico más útil e influirá a la hora de la prescripción, pues se valorará su perfil farmacológico de actuación (corto, media, larga) y su semivida media (Prabha et al, 2010) (anexo 36).

El insomnio crónico como factor de riesgo en el acoso psicológico laboral

La relación que se ha demostrado más repetidamente en este estudio es que el insomnio crónico es uno de los síntomas que aparecen más tempranamente en el acoso psicológico laboral, siendo el que más perdura en el tiempo, el que afecta al mayor número de víctimas y el que más incapacita pues su aparición y mantenimiento desencadena una disminución de la calidad de vida, y un peor estado de salud.

Los trastornos del sueño, y de forma particular el insomnio, son una de las quejas mas frecuentes de la humanidad. El insomnio es considerado como el trastorno de sueño más común, tanto en población general como trabajadora. Aunque los datos sobre la prevalencia de este trastorno varían enormemente dependiendo de la definición utilizada, se estima que la prevalencia del insomnio oscila entre un 9 y un

12% en la población general adulta (Ancoli-Israel y Roth, 1999), mientras que en población trabajadora las cifras son considerablemente superiores, entre un 10 y un 40% (Linton y Bryngelsson, 2000). En la mayoría de ocasiones se trata de un síntoma de numerosas alteraciones médicas y psiquiátricas y su tratamiento eficaz depende del conocimiento de la causa subyacente. Son motivos de consulta frecuente en AP y un buen número de las demandas por este cuadro clínico se resuelven o podrían resolverse en este nivel de atención. Los profesionales de AP son normalmente los primeros, dentro del sistema de salud, a los que consultan los pacientes para pedir consejo y recibir tratamiento, y por ello juegan un papel clave en la detección y manejo del insomnio. Para realizar un correcto abordaje terapéutico es fundamental que ante un paciente con queja de insomnio se lleve a cabo un diagnóstico correcto, y un tratamiento etiológico (Moreno et al, 2008).

Recientemente se ha producido un aumento en el interés por el estudio de la relación entre los factores psicosociales y el sueño (Moreno et al, 2008). Distintos estudios han mostrado cómo los factores del trabajo pueden incidir significativamente en la aparición de las alteraciones de sueño. Jansson y Linton (2006), en un estudio longitudinal, mostraron que los estresores laborales se relacionaban con el desarrollo y mantenimiento del insomnio. Linton (2004), en una investigación con trabajadores que no tenían problemas de sueño, observó que el estrés laboral suponía un riesgo para el desarrollo de alteraciones de sueño un año después. El síntoma más frecuente y característico del APT, que nuestro estudio ha detectado es el insomnio crónico.

El APT o «*mobbing*» es considerado uno de los estresores psicosociales más severos. Distintos estudios han puesto de manifiesto que el acoso psicológico se relaciona con diferentes problemas de salud y bienestar, como por ejemplo ansiedad, problemas psicósomáticos, la satisfacción personal, irritabilidad y depresión (Björkqvist et al 1994; Leymann y Gustafsson, 1996; Moreno et al, 2005). Sin embargo, una de las consecuencias menos estudiadas dentro de esta perspectiva son las alteraciones del sueño, aunque en los estudios realizados si que es un hallazgo bastante consistente en la literatura. Algunos estudios han encontrado elevadas tasas de insomnio en víctimas de acoso (Björkqvist et al, 1994; Leymann y Gustafsson, 1996). En la misma línea, (Notelaers et al, 2006) hallaron que las personas que habían padecido acoso presentaban peores puntuaciones en los indicadores de calidad del sueño, mientras que (Vartia, 2003) encontró que los trabajadores expuestos a situaciones de acoso tomaban significativamente más medicación hipnótica que la población control. Un metaanálisis confirmó que existe una predisposición entre las mujeres a padecer problemas de insomnio (Zhang y Wing, 2006).

En cuanto al género nuestros resultados corroboran que se ha tratado más a mujeres que hombres. Existen estudios donde los resultados confirman que el género es un factor de riesgo (Moreno et al, 2008). Otros estudios sobre los determinantes sociodemográficos de los síntomas del insomnio han informado consistentemente de una mayor prevalencia de síntomas de insomnio en las mujeres, jubilados, amas de casa y personas que están separadas, divorciadas, viudas, o están desempleados (Prabha et al, 2010). Se ha encontrado también una mayor prevalencia en las personas de menores ingresos o de menor nivel educativo, sin embargo este dato no es consistente, un análisis multivariado (Prabha et al, 2010), no pudo identificar estos factores de riesgo individuales para los síntomas del insomnio. Otros factores asociados con los síntomas del insomnio incluyen el estilo de vida, el abuso de sustancias psicoactivas o la retirada, TM, trastornos médicos, trastornos respiratorios durante el sueño, síndrome de piernas inquietas, y otras condiciones relacionadas. Sin embargo, es difícil comparar los estudios y sus resultados ya que no hay una clasificación uniforme o la definición de los síntomas del insomnio en el uso actual (Prabha et al, 2010).

Los trastornos del sueño crónicos y persistentes, en especial el insomnio, no relacionados inicialmente con alteraciones psiquiátricas, es un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, ansiedad, depresión y abuso de sustancias, incluso si no es tratado este insomnio puede ser uno de los factores de riesgo para desencadenar una depresión mayor. En cambio, casi 3 de cada 4 pacientes con insomnio crónico la causa principal proveniente son alteraciones psiquiátricas, frecuentemente depresión y/o ansiedad, pero también psicosis y dependencia de alcohol o drogas. La depresión provoca típicamente acortamiento del tiempo total de sueño por despertar precoz con incapacidad para reanudar el sueño. En depresiones leves-moderadas, con importante ansiedad asociada, aparecerá casi siempre insomnio de conciliación. Si se realiza un polisomnograma (PSG) suele demostrarse un aumento de la latencia del sueño, disminución de su eficiencia, acortamiento de la latencia del sueño REM, incremento de densidad de movimientos oculares rápidos, disminución de sueño lento e incremento del número de despertares. El TAG ocasiona dificultad para el inicio y/o el mantenimiento del sueño. En comparación con la depresión, el PSG de los ansiosos muestra una latencia del sueño REM conservada pero la baja eficiencia del sueño es similar entre ambos trastornos (GuíaINS, 2008).

Las múltiples clasificaciones y definiciones del insomnio dificultan su manejo en AP. Es fundamental facilitar herramientas a los profesionales que permitan clasificaciones prácticas y útiles para abordar estos trastornos disminuyendo la variabilidad tanto en el abordaje diagnóstico como en el terapéutico. Por ello, disponer de una GPC, como la GuíaINS (2008), actualizada y basada en la evidencia, supone una herramienta para ayudar en la asistencia sanitaria del paciente insomne en AP. ¿Cuáles son los conceptos generales sobre el sueño?:

Insomnio: literalmente es "falta de sueño a la hora de dormir" (del latín, *Insomnium*). Sin embargo, en la práctica este término se usa con significados muy diversos, lo que además de introducir cierta confusión en el ámbito clínico, explica la gran disparidad de los resultados de prevalencia de los estudios epidemiológicos. De hecho, no debería confundirse insomnio, tal y como se usa en esta guía, con la privación o falta de sueño voluntaria o impuesta, ni con la "queja de dormir mal" en la que no existe una repercusión en el funcionamiento al día siguiente (GuíaINS, 2008).

Las manifestaciones más características del insomnio son las dificultades para iniciar y mantener el sueño y el despertar final adelantado; aunque, como demuestran algunos estudios epidemiológicos, las personas que refieren padecer estas dificultades no reconocen necesariamente padecer insomnio. Los pacientes que consultan por insomnio además se quejan de otros síntomas durante el día, como son alteraciones del humor, apatía, cansancio, dificultad para realizar las tareas cotidianas, déficit cognitivos, somnolencia, fatiga y otros. Pese a la queja, en ocasiones, de somnolencia, las personas con insomnio no pueden dormirse durante el día, y que reconocen cuando se les pregunta directamente por ello. Muchos autores consideran el insomnio como un estado de *hiperalerta* o "trastorno de la vigilancia que dura las 24 horas del día", convirtiéndose en un problema que afecta a la persona, tanto por la noche como por el día (GuíaINS, 2008).

Aunque en los actuales manuales diagnósticos, no se haga referencia a la dificultad para dormir durante el día, ésta debería incluirse en las definiciones del insomnio; lo que permitiría distinguir el insomnio de aquellas situaciones -frecuentes por otra parte en la clínica-, en las que el sueño nocturno puede estar alterado y el paciente presenta somnolencia diurna pero si intenta dormir, lo consigue. No obstante, hay personas que pueden padecer este tipo de afecciones y desarrollan un estado de

excesiva activación que afecta a las 24 horas, tal y como ocurre asociado al insomnio (GuíaINS, 2008).

Ritmo vigilia-sueño irregular.- Consiste en la distribución caótica de los periodos de sueño y vigilia durante el día y la noche. En realidad la cantidad total de sueño es normal pero su fragmentación y dispersión a lo largo de las 24 horas del día produce una sensación de hipersomnia diurna y/o insomnio. Puede existir un periodo consistente, relativamente prolongado, de sueño nocturno, en general entre las 2 y las 6 de la madrugada. El resto del tiempo, el sueño se esparce durante el día con 3 o más siestas que no suelen durar más de 4 horas. Además, existe una marcada variabilidad en la distribución diaria de los periodos de sueño y de vigilia. La irregularidad del ciclo sueño/vigilia es frecuente en pacientes con afectación cerebral difusa incluyendo procesos cerebrales degenerativos. En estos casos se supone que bien existe una alteración del sistema cronobiológico que gobierna los ciclos sueño-vigilia o bien de los grupos neuronales que reciben el *input* circadiano y que finalmente determinan la declaración de la vigilia y el sueño y su sincronización con el ciclo geofísico y requerimientos sociales (GuíaINS, 2008).

Somnolencia y fatiga: hay que resaltar que mientras los pacientes con insomnio crónico se pueden quejar de somnolencia durante el día, en realidad presentan dificultades tanto para dormir a cualquier hora del día (incluida por ejemplo, la siesta), como altos niveles de cansancio (es decir, fatiga). Es importante que el profesional diferencie estos dos conceptos, *somnolencia* y *fatiga*, no solo para evaluarlos en el insomnio sino también para descartar otros posibles problemas ligados a excesiva somnolencia diurna (GuíaINS, 2008).

- La *somnolencia* es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es la consecuencia típica de la privación de sueño/sueño insuficiente y se caracteriza por accesos de sueño durante el día.

- La *fatiga* es la sensación subjetiva de cansancio físico y mental que no está asociada a un aumento en la propensión al sueño. Es el estado característico del sueño alterado (insomnio) y se caracteriza por la dificultad para dormir a cualquier hora del día pese al cansancio físico y mental.

Rumiación: activación cognitiva que consiste en la *tendencia a experimentar pensamientos involuntarios y repetitivos* sobre situaciones o eventos problemáticos del pasado *tras un episodio de enfado/ira*. (GuíaINS, 2008)

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, aún sigue habiendo controversia acerca de cuáles son los factores que más influyen en la aparición del insomnio. La evidencia empírica indica que con frecuencia los acontecimientos estresantes preceden a la aparición de los síntomas de insomnio (Healey et al, 1981). Sin embargo, puesto que no todos aquellos expuestos a situaciones estresantes desarrollan insomnio, parece lógico pensar que pueden existir ciertos factores individuales que predispongan al problema (Lundh y Broman, 2000). En este sentido, los últimos modelos explicativos del insomnio señalan la importancia de las variables cognitivas en la explicación de las alteraciones de sueño (Espie, 2002; Harvey, 2002). Por tanto, entre los factores que contribuyen a la aparición, desarrollo y mantenimiento del insomnio podíamos citar los predisponentes (género, edad, genética, factores psicológicos, nivel socioeconómico y el estado de salud), los precipitantes (aumento de acontecimientos estresantes) y los perpetuantes (miedo a no dormir, con creencias y comportamientos no adaptativos en relación con el sueño) aunque esta división es orientativa pues algunos aspectos pueden solaparse. Los dos factores que más controversia generan, son la herencia genética y la naturaleza psicopatológica (GuíaINS, 2008):

Genéticos: aunque todo el mundo padece estrés, vulnerabilidad generalizada, unas personas lo bien y otras no, parece que los insomnes tienden a tener una personalidad en la que no son capaces de expresar sus emociones y, a la hora de dormir no pueden olvidar sus emociones. Se heredan rasgos temperamentales, alertarse frente a una situación estresante

Factores psicológicos: destacan los sentimientos negativos y la tendencia a pensar críticamente, que difícilmente puede disociarse de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional). Numerosos estudios han demostrado que la casi totalidad de los pacientes con insomnio crónico presentan sintomatología y/o rasgos/trastornos de personalidad, siendo los más comunes el trastorno distímico, los trastornos de ansiedad y los rasgos/trastornos de personalidad obsesivos.

El comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes (Healey et al, 1981), siendo estos factores los más comunes para el insomnio crónico por tanto los más interesantes para este estudio. Sin embargo numerosos datos indican que las personas con insomnio presentan una mayor activación cognitiva. Lichstein y Rosenthal (1980) hallaron que los insomnes tienden a atribuir sus problemas de sueño a la activación cognitiva en mayor medida que a la activación somática. Dos de las formas clásicas de activación cognitiva son la rumiación que consiste en pensamientos repetitivos sobre situaciones o eventos problemáticos del pasado (Thomsen et al, 2003) y dejar la mente en blanco (Harvey, 2002). El concepto de rumiación se recoge de (Sukhodolsky et al, 2001), quienes la definen como *la tendencia a experimentar pensamientos involuntarios y repetitivos tras un episodio de enfado/ira*. Parece que esta conceptualización es importante en situaciones de acoso psicológico en el trabajo, ya que revivir el pasado o «darle vueltas a lo sucedido» es una estrategia de afrontamiento que puede agravar el proceso de acoso (Baillien et al, en prensa). Por tanto, la rumiación es vista como una estrategia de afrontamiento desadaptativa ante situaciones estresantes, y se asocia con indicadores de mala salud (Nolen-Hoeksema et al, 1997).

Escasos estudios han analizado la relación entre la rumiación y las alteraciones de sueño. Thomsen et al (2003) encontraron relaciones significativas e inversas entre la rumiación y la calidad de sueño. Guastella y Moulds (2007) concluyen que rumiar un acontecimiento estresante durante el período previo a acostarse tiene un impacto negativo en la calidad de sueño. Actualmente, la rumiación no se trata como un concepto uniforme, sino que existen distintas conceptualizaciones al respecto. Una de las formas más dañinas para la salud y el bienestar son los pensamientos o fantasías de venganza posteriores a un conflicto y/o ofensa (Sukhodolsky et al, 2001).

La base teórica del modelo explicativo de los componentes y mecanismos del insomnio crónico, la constituye "la hipótesis de la internalización" (Kales y Kales, 1984) y, se encuentra en la interacción entre los acontecimientos vitales estresantes y la vulnerabilidad del individuo. En particular, los pacientes con insomnio ponen en marcha estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción, típicamente la tendencia a inhibir, negar y reprimir su expresión emocional (*internalización de la emoción*), ante dichos estresores. Esto da lugar a un estado de *hiperarousal* de *excesiva activación emocional*, lo que a su vez se traduce en una activación fisiológica excesiva, antes y durante el sueño que puede interferir con la conciliación y el mantenimiento del sueño, impide dormir, es decir, que produce *insomnio* (Kales y Kales, 1984).

Una vez que aparece el insomnio, se establece un proceso de condicionamiento que contribuye a que el insomnio se haga crónico del siguiente modo: cuando la persona ya tiene la experiencia del insomnio, desarrolla *miedo a volver a dormir mal y a sus consecuencias*, y por tanto una aprensión al insomnio; a partir de ahí su atención se centra excesivamente en el insomnio. El *miedo al insomnio*, produce entonces por sí mismo una *activación emocional y fisiológica, que pasa a primer plano y agrava la excesiva activación fisiológica preexistente y, en consecuencia, el insomnio de un modo circular y creciente*, lo que establece una forma condicionada de insomnio crónico (Moreno et al, 2008). En el estudio de (Mc-Cullough et al, 2007) se encontró que las personas que rumiaban una agresión interpersonal presentaban mayores niveles de cortisol. Por lo tanto, una explicación plausible al respecto es que la excesiva activación fisiológica derivada de la rumiación, en nuestro caso el deseo de venganza, interfiere en la posibilidad de conciliar y mantener el sueño. Esta hipótesis, además de dar un sentido global a la relación entre factores etiológicos (el estrés y su afrontamiento) y fisiopatológicos (la excesiva activación emocional y fisiológica y el miedo condicionado), tiene un valor clínico ya que se puede utilizar para formular un plan de tratamiento multidimensional de un problema multifactorial como es el insomnio crónico (Moreno et al, 2008).

Aunque las características esenciales del insomnio crónico incluyen por parte de los pacientes una queja subjetiva de insomnio (respecto a la cantidad y/o calidad del sueño nocturno), también existen dificultades diurnas en las esferas de lo fisiológico, emocional y cognitivo, así el insomnio como trastorno se caracteriza clínicamente por manifestaciones y rumiaciones tanto nocturnas como diurnas (Moreno et al, 2008). Un proceso cognitivo opuesto a la rumiación y por tanto a su consecuencia, el insomnio, es el distanciamiento psicológico. Este concepto fue inicialmente definido por Etzion et al (1998) como «*la sensación de estar alejado de la rutina laboral*». Sin embargo, tal y como Sonnentag y Fritz (2007) plantean, no se trata tan sólo de estar físicamente fuera del entorno de trabajo, sino de distanciarse mentalmente del mismo. Etzion et al (1998) mostraron que el distanciamiento psicológico moderaba la relación entre los estresores del trabajo y el burnout, por tanto el distanciamiento psicológico del trabajo ayuda a recuperarse del estrés laboral. Sonnentag y Bayer (2005) encontraron que las personas que se distanciaban psicológicamente del trabajo tenían mejor humor y experimentaban menos fatiga al final del día. En Miller et al (2003) la rumiación de una agresión interpersonal puede reactivar la experiencia como si estuviera siendo vivida nuevamente, haciendo que la persona reexperimente las emociones asociadas al suceso.

Por consiguiente el distanciamiento psicológico atenuará la relación entre acoso psicológico e insomnio mientras que la rumiación fortalecerá la relación entre acoso psicológico e insomnio. En situaciones de acoso aquellas personas que presenten altos niveles de distanciamiento psicológico obtendrán menores puntuaciones en insomnio y las que presenten altos niveles de rumiación presentarán mayores puntuaciones en insomnio (Moreno et al, 2008). Los resultados obtenidos en su estudio muestran que el distanciamiento psicológico y la rumiación moderan la relación entre el acoso psicológico en el trabajo y los síntomas de insomnio. La rumiación además de su influencia directa amplifica los efectos negativos del acoso psicológico en el desarrollo del insomnio, pues la excesiva activación fisiológica derivada de la rumiación, en el caso del APT el deseo de venganza, interfiere en la posibilidad de conciliar y mantener el sueño, la importancia de la activación es un aspecto clave en el entendimiento de las alteraciones de sueño tal como señalaban los modelos de (Espie, 2002; Harvey, 2002). Sus resultados apoyan la hipótesis (aunque apenas existen datos en la literatura al respecto; Mikkelsen y Einarsen (2002), encontraron que el afecto negativo mediaba parcialmente la relación entre el acoso psicológico y la salud mental) que son las variables personales las que

muestran mayor capacidad predictiva del insomnio, en concreto, el afecto negativo aparece como el factor más importante en la predicción del insomnio, pues amplifica las percepciones y reacciones de los individuos ante los acontecimientos negativos, fenómeno de hipersensibilidad.

Otro factor destacado fue que las variables personales moderan la relación entre el acoso psicológico y sus consecuencias asociadas, así el distanciamiento psicológico del trabajo parece ser un factor que disminuye la probabilidad de padecer insomnio. Etzion et al (1998), señalaban que el distanciamiento psicológico es uno de los factores más importantes para recuperarse del estrés y mejorar el bienestar personal. Etzion et al (1998) y Sonnentag y Bayer (2005); encontraron que la incapacidad para desconectar puede tener serias consecuencias, como un deterioro en la salud física y psicológica, problemas psicosomáticos y burnout. La recuperación requiere que la acción de los estresores desaparezca. Sin embargo, Sonnentag y Fritz (2007) proponen que no basta con la distancia física del trabajo, sino que es la sensación de relajación tras la desconexión, lo que hace que la persona se sienta recuperada y retorne a su nivel de activación previo al estresor.

Finalmente, los resultados de este estudio indican que el acoso psicológico predice significativamente los síntomas de insomnio. Estudios previos ya habían hallado igualmente que las demandas del trabajo y el estrés surgido por no poder atenderlas podían generar síntomas de insomnio (Jansson y Linton, 2006; Ancoli-Israel y Roth, 1999) encontraron que el estrés laboral era la causa más frecuente de las alteraciones de sueño.

No obstante lo más preocupante es que el insomnio se sigue considerando un trastorno menor que se ha banalizado, se resuelve dando pastillas para dormir, cuando tal como hemos detallado es un trastorno que va más allá de la falta de sueño y cuyas consecuencias duran 24 horas, por tanto es un poco descabellado esta apreciación. La fisiopatología del insomnio puede resumirse con la de un estado de hiperactivación psicofisiológica cognitiva y emocional que mantiene al paciente en guardia. Para comprender el proceso y como orientación inicial ante un paciente con queja/dificultades de sueño, se presenta en el anexo 37 el algoritmo diagnóstico del Insomnio incluido en la GuíaINS MSSSI (GuíaINS, 2008). Los síntomas de insomnio se producen en aproximadamente un tercio de las personas con discapacidad mental (Ohayon, 2002) y puede ser un importante contribuyente a la discapacidad asociada a la depresión (Katz y McHorney, 2002). El insomnio es uno de los síntomas más frecuentes de la depresión (Fava, 2004), y es un síntoma importante para establecer el diagnóstico de TDM (Zimmerman et al, 2006). Aproximadamente el 80% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 70% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios con TDM informa de problemas para iniciar o mantenerse dormido (Ohayon y Shapiro, 2002). Además, el impacto clínico de insomnio es importante ya que los síntomas de insomnio están asociados con un mayor riesgo de recurrencia de la depresión (Perlis et al, 1997), falta de respuesta a los medicamentos antidepresivos (Casper et al, 1994), mala calidad de vida en los pacientes deprimidos (McCall, 2001), más de riesgo de suicidio, ideación suicida activa, planes específicos de suicidio e intentos de suicidio previo. Además, los síntomas del insomnio crónico son un precursor del TDM en muchos individuos (Chellappa y Arujo, 2007).

STAR*D fue un estudio de la depresión más que un estudio del sueño pues los participantes no fueron sometidos a estudios de sueño como la polisomnografía. No obstante los autores (Prabha, 2010) valoraron los síntomas del insomnio con los tres ítems del insomnio recogidos en el test de evaluación de STAR*D aplicado a todos los participantes del estudio IDS-C30, que describen la situación del paciente a lo largo de los 7 días previos al estudio. Cada uno de los ítems aborda las fases del insomnio; inicio del sueño (dificultad para dormir), a mediados del sueño

nocturno (despertarse durante la noche), y el insomnio temprano por la mañana (necesidad de levantarse antes de despertar). Cada ítem se puntúa en una escala de 0-3, (las puntuaciones más altas indican mayor gravedad de los síntomas) Una puntuación ≥ 2 en un elemento indica la presencia de ese tipo específico de síntoma del insomnio. Una puntuación ≥ 2 en cualquiera de estos tres elementos indica la presencia de "los síntomas de insomnio." Una combinación de cualquiera (o ninguno) de los tres tipos de síntomas de insomnio es posible. Fue escogido el punto de corte de 2 o superior, pues esta puntuación se utiliza comúnmente en estudios como el punto de corte para indicar la presencia de un síntoma de insomnio (anexo 36).

De los 4.041 participantes inscritos en el estudio STAR*D, 3.743 completaron los ítems del IDS-C30 con relación a los elementos del sueño y se incluyeron en estos análisis. Tal como se observa en el anexo 36, de la muestra evaluable, el 84,7% (3172/3743) presentaron algún tipo de síntomas de insomnio, insomnio de conciliación (aparición al irse a dormir), insomnio de mantenimiento (de media noche) e insomnio de despertar precoz (el despertase antes de tiempo por la mañana). La presentación más común, con mucho, entre todas las combinaciones posibles, era tener los tres tipos de síntomas de insomnio (1015 pacientes 27.1%). La segunda presentación fue la combinación de síntomas al irse a dormir con el insomnio nocturno 742 personas (19.8%), seguido en tercer lugar por el insomnio nocturno sin combinarse ni interactuar con los demás 507 personas, el 13.5%. Entre los trastornos de sueño sin combinación tenemos en segundo lugar el de aparición de los síntomas de insomnio de conciliación 312 personas (8.5%) y el último es el de despertar precoz 126 personas (3.4%). El insomnio de mantenimiento sólo y en combinación con los otros trastornos del sueño es el conjunto más común, representando el 69.7% de todas las personas con insomnio.

Clínicamente, los participantes con síntomas de insomnio presentaban una mayor gravedad de los síntomas depresivos, tanto si se medía por el entrevistador, como por las escalas heteroadministradas (Escala de depresión de Hamilton *HRSD17=17-item*, Inventario de la sintomatología depresiva-de clasificación clínica, *IDS-C30=30-item* y Inventario rápido de la sintomatología depresiva- *QIDS-SR16=16*). Esta diferencia se mantuvo incluso cuando los elementos de insomnio no se incluyeron en la puntuación total. La correlación entre la suma de las respuestas de los tres ítems relacionados con el insomnio del IDS-C30 artículos y la suma de los 27 no relacionados con el insomnio del IDS-C30 se correlacionan con la severidad de la depresión mayor ($P < .0001$) según la correlación de Spearman y encontraron en efecto mayores niveles de síntomas de insomnio (anexo 36).

En esta muestra ampliamente representativa de pacientes ambulatorios con clínica de TDM no psicótica, los trastornos del sueño son extremadamente comunes. La presencia de síntomas de insomnio se asoció con una mayor carga de enfermedad, incluyendo la severidad de depresión mayor y la probabilidad de rasgos de ansiedad, enfermedad médica o psiquiátrica concomitante más general, y peor calidad de vida. Estas asociaciones se mantuvieron incluso después de que los elementos de perturbación del sueño fueran controlados. Los síntomas del insomnio de mantenimiento eran el tipo más frecuente, solo o en combinación con insomnio de conciliación y/o los primeros síntomas del insomnio de despertar precoz. Este resultado es consistente con los resultados de los ensayos clínicos selectivos de TDM (Reynolds, 1987 y Carney et al, 2007). Finalmente se destacaban dos aspectos, que el insomnio nocturno era el tipo más común que quedaba como residual de entre los diferentes tipos de insomnio analizados, después del tratamiento del TDM y, de otro un mayor grado de enfermedad concurrente psiquiátrica y médica y una menor calidad de vida asociado a un tratamiento resistente a depresión. Estos datos destacan además el papel clave de los síntomas del insomnio como un predictor de un trastorno depresivo más difícil de tratar.

Otras diferencias clínicamente significativas también fueron evidentes como que los participantes con síntomas de insomnio fueron significativamente más propensos a tener rasgos ansiosos o tener un historial familiar de abuso de alcohol. Es de destacar que los participantes con síntomas de insomnio no eran más propensos a tener el riesgo de suicidio en el momento de realizar el estudio.

Para determinar si los síntomas depresivos de referencia presentados en la encuesta eran específicos y se asociaban con la presencia de síntomas de insomnio, los autores examinaron los distintos ítems del IDS-C30 (menos los elementos de insomnio). Así al inicio del estudio, los participantes depresivos con trastornos del sueño fueron significativamente más propensos a informar de hipersomnia, disminución del apetito y del peso, con una autoestima y energía más baja, con menor ganas de participar en actos sociales, menor placer en las cosas que hacían y con más pérdida del interés sexual, con mayor dependencia y sensibilidad interpersonal, una mayor visión negativa del futuro, y con mayor activación simpática y malestar somático (definido en el IDS-C30 como la presencia de palpitaciones, síntomas intestinales temblores, visión borrosa, tinnitus o aumento de la sudoración, disnea, oleadas de calor y frío, y/o dolor en el pecho). En general estaban más tristes, irritables, ansiosos, hiperactivos, pesimistas.

En cambio no se encontró asociación significativa entre los intentos previos de suicidio y la presencia de trastornos del sueño, un hallazgo que contrasta con las de varios estudios. Esta diferencia puede deberse al uso de las preguntas de suicidio de la IDS-C30 para determinar la presencia/ausencia de síntomas de insomnio en lugar de una escala específica de suicidio o un cuestionario de hábito del sueño. Además, el estudio excluyó a los pacientes con alto riesgo de suicidio. Así, la muestra tenía un menor riesgo de suicidio en comparación con el estudio realizado por Agargun et al (2007) en el que participaron 45 pacientes con sólo un intento de suicidio durante el episodio depresivo mayor.

Los participantes en este estudio STAR*D con trastornos del sueño fueron significativamente más propensos a tener al menos un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica o a tener un mayor número de comorbilidades psiquiátricas (anexo 36). La mayoría de los trastornos de ansiedad fueron significativamente más propensos a estar presentes en los participantes con los síntomas del insomnio. Las personas con síntomas de insomnio (unido al TDM que padecían) eran dos veces más propensos a tener TEPT y TAG, agorafobia, trastorno somatomorfo, o la hipocondría y casi tres veces a tener un trastorno de pánico.

Los participantes que presentaban trastornos del sueño eran mucho más propensos que aquellos sin síntomas a estar tomando un hipnótico cuando se realizó la encuesta (27.1% versus 12.5%), sin embargo, en un porcentaje muy elevado de los casos el tratamiento no fue efectivo. De hecho, de los 931 participantes con depresión que recibían hipnóticos en el momento de la inscripción, 860 (92.3%) siguen presentando síntomas de insomnio. Es curioso que en el STAR*D a los participantes que tenían síntomas de insomnio al inicio del estudio, sólo una baja proporción estaba recibiendo un hipnótico (27%). Este bajo porcentaje coincide con otras investigaciones sobre la falta de reconocimiento y en el tratamiento del insomnio crónico. Este hallazgo es consistente con la opinión de que en la práctica real la evaluación clínica estándar de síntomas de insomnio, son más bien insuficientes, lo cual puede resultar en una menor atención que se presta a los pacientes con trastornos del sueño. El insomnio crónico había sido poco reconocida en los pacientes incluidos en el STAR*D. Desafortunadamente, si los pacientes depresivos se encontraban bajo tratamiento no pudo ser determinado, ya que el estudio no recogía de manera uniforme la información sobre la medicación específica prescrita de los hipnóticos y de su dosificación.

Los síntomas del insomnio son persistentes y de difícil tratamiento, incluso después de un tratamiento adecuado de la depresión. La persistencia de los síntomas del insomnio y la dificultad en el tratamiento de ellos fue confirmado por el hallazgo a los participantes de STAR*D que recibían hipnóticos al inicio del estudio, la mayoría (92%) mantenían aún los síntomas del insomnio en la semana anterior al estudio. Este hallazgo refuerza la opinión de que los síntomas del insomnio deben ser tratados de manera agresiva en los pacientes con TDM.

Cabe señalar que los datos no recogieron que hipnóticos se pautaron. Es probable que al menos algunos de los participantes estuvieran tomando hipnóticos a demanda en lugar de estar pautados, por consiguiente su efectividad hipnótica fue menor a que si hubiesen sido planificados. También es posible que los participantes puedan informar de un sueño pobre, incluso cuando los hipnóticos prescritos fuesen efectivos, debido a las comorbilidades que padecen o por razones médicas que podrían afectar negativamente el sueño a pesar de tomar un hipnótico eficaz. Sería beneficioso centrarse en la búsqueda de tratamientos más eficaces para los síntomas del insomnio en pacientes con TDM.

Así, dos estudios han demostrado que los pacientes con TDM que estaban recibiendo tratamiento con un ISRS tuvieron una mejoría significativamente mayor de los síntomas de insomnio con el tratamiento concomitante hipnótica, ya sea con o zolpidem, eszopiclona de liberación prolongada en comparación con el placebo. Además, en un reciente estudio de 30 individuos con TDM comórbido y el insomnio (por el DSM-IV-TR), se encontró que los pacientes asignados al azar a escitalopram y siete sesiones de terapia individual de terapia cognitivo-conductual (TCC) para el insomnio tenía una tasa significativamente mayor de remisión de la depresión que aquellos asignados al azar al tratamiento de control de escitalopram y siete sesiones de terapia individual de casi la desensibilización. Para Manber et al (2008) la conclusión de que el aumento del tratamiento con síntomas breves centrada en la TCC para los trastornos del sueño en individuos que tienen síntomas de TDM y el insomnio comórbido es prometedor para el alivio de la depresión y los síntomas del insomnio.

Puesto que el presente estudio de STAR*D se utilizó criterios ampliamente inclusivos para reclutar una muestra muy grande tanto de atención primaria y de atención psiquiátrica, los resultados tienden a ser ampliamente generalizables a pacientes ambulatorios típicos clínica en busca de tratamiento. La tasa de prevalencia de los síntomas del insomnio (> 84%) fue consistente con informes anteriores de los síntomas del insomnio están presentes en casi todos los pacientes con depresión clínica y en epidemiológicos de población general.

Desafortunadamente, los resultados pueden no ser generalizables a los pacientes encuestados en la investigación con los síntomas del insomnio, ya que se han encontrado diferencias entre estos pacientes y personas que buscan tratamiento para los síntomas de insomnio en un contexto clínico.

Las limitaciones del estudio STAR*D incluyen:

- En primer lugar falta de disponibilidad de la dosis específica de los medicamentos hipnóticos prescritos para el sueño. Si bien se pudo obtener la información de la dosificación no había información disponible para confirmar que el medicamento era, de hecho, el que se había prescrito y en las dosis adecuadas. En consecuencia, no pudo ser determinado si el tratamiento adecuado fue proporcionado. Sin embargo, si se observa que la proporción de participantes con síntomas de insomnio crónico que recibían cualquier hipnótico fue baja, por lo que

estos resultados probablemente subestiman el problema de la falta de reconocimiento y tratamiento del insomnio crónico en los pacientes con TDM.

➤ En segundo lugar, tres ítems de la IDS-C30 se utilizan como una medida del sueño en lugar de utilizar una medida más amplia validada de síntomas de insomnio (como polisomnografía), un cuestionario sueño breve evaluación factible para la administración en un estudio de eficacia, o un diario de sueño (Manber et al, 2005). El análisis de los síntomas del insomnio no era el objetivo original del estudio y los métodos de este tipo no son rentables en un estudio de efectividad.

➤ En tercer lugar, el IDS-C30 elemento utilizado para identificar los síntomas del insomnio nocturno tiene una especificidad baja, debido a la posible superposición entre los factores determinantes de los diferentes tipos de sueño. El 20.4% de los participantes informaron con una puntuación de 2 (punto de corte) y la mayoría de ellos probablemente también informó de otro tipo de insomnio, lo que significa que estos pacientes todavía se han incluido en el grupo donde se combinaban todo los tipos de insomnio, el del 80,6% (2.104/2611). Si el punto de corte se estableciese en 3 sobre para determinar el grado de presencia de los síntomas de insomnio, la prevalencia de los trastornos del sueño en esta muestra se reducirían del 84.7% (3172/3743) al 76,5% (2.865/3743).

A pesar de estas limitaciones en cuanto a la medición de los síntomas del insomnio, las tasas de prevalencia se corresponden a las tasas reportadas en los estudios de poblaciones clínicas. Además, el IDS-C30 ha demostrado ser una medida válida de la gravedad de los síntomas. Por último, los resultados del estudio mostraron una serie de diferencias estadísticamente significativas, pero clínicamente pequeñas entre las personas con trastornos del sueño frente a las de sin síntomas de insomnio crónico. Esta era una función del tamaño de la muestra.

Intervención farmacológica del insomnio:

Antes de prescribir un hipnótico, hay que averiguar la causa del insomnio y, si es posible, tratar los factores subyacentes. No obstante, conviene advertir las expectativas poco realistas que del sueño tienen algunos pacientes; otros no tienen en consideración el consumo de alcohol, que suele ser con frecuencia la causa del insomnio (GPT, 2010).

El *insomnio pasajero*, debido a causas ajenas, como ruidos, cambios del turno de trabajo o desfases horarios, puede afectar a personas que duermen normalmente bien. Si está indicado algún hipnótico, se escogerá uno de eliminación rápida y sólo se administrarán una o dos dosis.

El *insomnio de corta duración* casi siempre se relaciona con un problema emocional o una enfermedad médica grave. Puede durar unas semanas y recidivar; el hipnótico ayuda pero no debe administrarse durante más de 3 semanas (preferiblemente, sólo una). Se aconseja un uso intermitente, con omisión de algunas dosis. Al principio, se prefiere un fármaco de eliminación rápida.

El *insomnio crónico* casi nunca mejora con los hipnóticos y la mayoría de las veces se debe a una dependencia leve motivada por una prescripción poco juiciosa.

Ciertos trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, la depresión y el abuso de drogas y de alcohol constituyen causas frecuentes. Las alteraciones del sueño son muy comunes en la enfermedad depresiva y uno de los indicadores más útiles suele ser el despertar temprano. Hay que tratar el problema psiquiátrico de base, ajustando la pauta farmacológica para aliviar el insomnio. Así, clomipramina o

mirtazapina, que se prescriben en la depresión, ayudan a fomentar el sueño si se toman por la noche. Otras causas de insomnio son las siestas diurnas y factores físicos, como el dolor, el prurito y la disnea.

En Atención Primaria el tratamiento del insomnio tiene como objetivo principal mejorar el nivel de satisfacción respecto al sueño, centrándose en intervenciones que lo promuevan positivamente. Se debe considerar un abordaje terapéutico integral, en el que se tenga en cuenta todos los factores contribuyentes. Se conseguirá así mejorar a calidad y cantidad de sueño, reducir la latencia de sueño y los despertares nocturnos, además de incrementar el tiempo total que se está dormido y aumentar el funcionamiento diurno.

El tratamiento farmacológico es una medida coadyuvante dentro del modelo de tratamiento integral del insomnio. Para el establecimiento de la terapia farmacológica, se tiene que tener en cuenta tanto la duración del problema como el tipo de insomnio. La selección de un fármaco para el tratamiento del insomnio está influida por diversos factores: síntomas, objetivos del tratamiento, respuestas a tratamientos pasados, preferencia del paciente, coste del fármaco, disponibilidad de otros tratamientos, condiciones de comorbilidad, contraindicaciones e interacciones con otros medicamentos y efectos secundarios.

El objetivo del tratamiento farmacológico es el de alcanzar un equilibrio favorable entre los potenciales efectos tanto terapéuticos como secundarios. La relación de beneficios y riesgos de cada fármaco usado en el tratamiento del insomnio debe hacerse teniendo presentes: a) la eficacia; b) el desarrollo de tolerancia; c) las manifestaciones que siguen a su retirada; d) las reacciones adversas. Además, hay que considerar las características individuales de los pacientes (personalidad y psicopatología que pudiera presentar). Ciertos tipos de personalidad predisponen a padecer dependencia de fármacos o sustancias. En el caso de que ésta exista hay que considerarla una contraindicación para prescribir depresores del SNC (GuíaINS, 2008).

Uno de los aspectos más relevantes de la GuíaINS (2008) (anexo 37) para el profesional es que hay un cambio fundamental en el manejo terapéutico, no se apuesta por un control farmacológico desde el inicio, sino que el tratamiento ha de ser una medida coadyuvante dentro del modelo integral e individualizado del insomnio, donde la psicoterapia es fundamental para la aceptación y para la eliminación de las causas de estrés. No obstante el insomnio se sigue considerando un trastorno menor que se ha banalizado, se resuelve dando pastillas para dormir, cuando tal como hemos detallado es un trastorno que va más allá de la falta de sueño y cuyas consecuencias duran 24 horas, por tanto es un poco descabellado esta apreciación.

La mayoría de los ansiolíticos («tranquilizantes») inducen el sueño si se administran por la noche y la mayoría de los hipnóticos sedan si se administran durante el día dependiendo de la dosis. La prescripción de estos fármacos se encuentra extendida, si bien algunos producen dependencia (tanto física como psicológica) y tolerancia. Por eso, una vez que el paciente ha tomado el fármaco de manera regular durante unas pocas semanas, puede costar retirar la medicación. Los hipnóticos y los ansiolíticos deberían reservarse, pues, para tratamientos cortos de trastornos agudos, a vez establecidos los factores causales. En el siguiente cuadro se agrupan los hipnóticos benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos, con indicación aprobada en España para insomnio, por estructura química, semivida de eliminación y potencia/afinidad por el receptor. Los hipnóticos benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos con la indicación aprobada en España para el insomnio, son las

benzodiazepinas (BZD)¹⁴ de semivida corta (Midazolam: Dormicum^R, Midalozam^R, Triazolam: Halcion^R y Brotizolam: Sintonal^R), de semivida media (Lormetazepam: Aldosomil^R Loramet^R Noctamid^R y Loprazolam: Somnovit^R) y de semivida larga (Flurazepam: Dormodor^R, Flunitrazepam: Rohipnol^R y Quazepam: Quiedorm^R) y a los no benzodiazepínicos (Zolpidem y Zopiclona) (GPT, 2010) (anexo 37).

Las BZD son los ansiolíticos e hipnóticos más utilizados; actúan sobre los «receptores benzodiazepínicos», asociados con los receptores del ácido gammaaminobutírico (GABA). Los fármacos más antiguos, como meprobramato y los barbitúricos no se recomiendan; poseen más efectos adversos e interacciones que las BZD y su sobredosificación resultan mucho más peligrosos.

Dosis equivalentes aproximadas de 5 mg de diazepam;

- 15 mg de clordiazepóxido;
- 0.5-1 mg de loprazolam;
- 500 µg de lorazepam;
- 0.5-1 mg de lormetazepam;
- 5 mg de nitrazepam;
- 15 mg de oxazepam;
- 10 mg de temazepam.

Los escalones se ajustan según la dosis inicial y la duración del tratamiento y varían desde 500 µg de diazepam hasta 2,5 mg.

Las BZD deberían emplearse para tratar únicamente el insomnio intenso, invalidante o que haga sufrir al paciente a las dosis más bajas posibles y no más allá de 2-4 semanas de duración, también están indicadas para el alivio durante un período breve de tiempo (2-4 semanas) de una ansiedad intensa invalidante o que haga sufrir al paciente, tanto si se manifiesta sola como si se asocia con insomnio o un trastorno psicósomático, orgánico o psicótico de corta duración. En ambos casos, no se recomienda a largo plazo, sin embargo si se hace, siempre debe estar monitorizado, con un diagnóstico y una pauta terapéutica específica. Hay suficiente evidencia sobre el uso de antidepresivos para el insomnio asociado al trastorno de la depresión.

Las BZD empleadas como hipnóticos son nitrazepam y flurazepam que disponen de una acción prolongada y pueden producir efectos residuales al día siguiente; las dosis repetidas tienden a acumularse. Loprazolam, lormetazepam y temazepam actúan durante menos tiempo y producen muy poca o ninguna resaca. No obstante, los fenómenos de abstinencia son más comunes con las BZD de corta acción. Si el insomnio se asocia con ansiedad diurna, la administración de una BZD ansiolítica de acción prolongada, como diazepam, aplicada en una sola dosis nocturna, puede corregir con eficacia ambos síntomas (GPT, 2010).

Zaleplón, zolpidem y zopiclona (Grupo "Z") son hipnóticos no benzodiazepínicos, aunque actúan sobre los receptores de las BZD. Zolpidem y zopiclona poseen efectos de corta duración; zaleplón ejerce una acción muy corta. Ninguno de estos tres fármacos está autorizado para tratamientos prolongados; se ha descrito dependencia en un pequeño número de pacientes.

¹⁴ Actúan sobre los receptores BZD asociados a los receptores del GABA, situados en las neuronas del hipotálamo ventrolateral, promotoras del sueño. Estas neuronas que contienen como neurotransmisor inhibitorio el GABA, envían proyecciones a otras zonas a grupos neuronales del hipotálamo y del tronco del encéfalo implicados en el mantenimiento de la vigilia (si existe GABA se bloquea el sueño, las BZD bloquean la unión del GABA a su receptor, favoreciendo el sueño).

El hipotálamo posterolateral dispone de neuronas relacionadas con la promoción y regulación de la vigilia. A este mecanismo preciso del hipotálamo que modula la actividad de los promotores/reguladores de vigilia/sueño actividad, se les une factores homeostáticos según la duración de la vigilia del día anterior, a > vigilia > sueño), y factores cronobiológicos, que dependen de un marcapasos biológico interno (situado en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo) que determina la periodicidad del ciclo sueño/vigilia y se sincroniza con la luz, la actividad física, con el horario de comidas, cenas, mediante la regulación de la secreción de MELATONINA. Cuando esta se segrega es un buen indicador de regulación interna del marcapasos, de ahí la utilidad de melatonina en los viajes transoceánicos.

Los hipnóticos no deben prescribirse de forma indiscriminada ni tampoco por sistema. Conviene reservarlos para tratamientos breves de trastornos agudos. La tolerancia a sus efectos aparece al cabo de 3 a 14 días de su uso continuado y su eficacia no puede garantizarse a largo plazo. Algunos pacientes manifiestan un aumento paradójico de la hostilidad y de la agresividad al tomar BZD. Los efectos varían desde la locuacidad y la excitación hasta los actos agresivos y antisociales. El ajuste (al alza o a la baja) de la dosis suele atenuar los impulsos. Otros efectos paradójicos son el incremento en la ansiedad y los trastornos de la percepción. El aumento de la hostilidad y de la agresividad tras la ingesta de barbitúricos y alcohol suele indicar una intoxicación (GPT, 2010).

El mayor inconveniente de su administración prolongada es que su retirada puede producir insomnio de rebote y precipitar un síndrome de abstinencia. Cuando resulte inevitable la administración prolongada, los hipnóticos se suspenderán cuanto antes y se advertirá al paciente de los posibles trastornos del sueño durante unos días antes de que se restablezca el ritmo normal; el sueño partido, con ensoñaciones vívidas y aumento de la fase REM (movimientos oculares rápidos), puede persistir durante algunas semanas. La retirada de cualquier BZD debe efectuarse gradualmente porque si se procede de forma brusca pueden aparecer confusión, psicosis tóxica, convulsiones o un trastorno parecido al *delirium tremens*. La retirada brusca de un barbitúrico es aún más peligrosa. El síndrome de abstinencia benzodiazepínica puede surgir en cualquier momento, hasta 3 semanas después de interrumpir una BZD de acción prolongada, aunque a veces se manifiesta a las pocas horas si se trata de un preparado de corta acción. Se caracteriza por insomnio, ansiedad, pérdida de apetito y de peso, temblor, transpiración, acúfenos y trastornos de la percepción. Estos síntomas se parecen al trastorno original y, en ocasiones, propician un incremento de la dosis; algunos síntomas continúan semanas o meses después de suspender las BZD (GPT, 2010).

Las BZD se pueden retirar en fases quincenales de aproximadamente un octavo (intervalo de un décimo a un cuarto) de la dosis diaria. Ante un paciente difícil se puede seguir este protocolo de retirada:

1. Cambiar el tratamiento del paciente por una dosis diaria equivalente de diazepam, preferentemente por la noche.
2. Reducir la dosis de diazepam cada 2-3 semanas de 2 o 2,5 mg; si aparecen síntomas de abstinencia, mantener esta dosis hasta que mejoren.
3. Reducir la dosis paulatinamente, si fuera necesario en escalones menores; es preferible reducir la dosis con una lentitud excesiva que con una premura exagerada.
4. Suspender completamente la medicación; el tiempo necesario para la retirada puede variar desde unas 4 semanas hasta un año o más.

El asesoramiento ayuda; los β -bloqueantes sólo están indicados cuando han fracasado las demás medidas; los antidepresivos sólo deben utilizarse en la depresión clínica o el trastorno por angustia; evite los antipsicóticos (pues pueden agravar los síntomas de abstinencia) (GPT, 2010).

La elección del fármaco estará influida por: síntomas, características individuales del paciente (personalidad, psicopatología adyuvante, preferencia, relación beneficio/riesgo¹⁵, comorbilidad, contraindicaciones/ interacciones/efectos

¹⁵ Un estudio sobre la salud de la población canadiense (Datos recabados de 14.000 individuos de edades comprendidas entre 18 y 102 años sobre aspectos sociales, demográficos, estilo de vida y salud durante el período 1994 – 2007. Estudio dirigido por Geneviève Belleville de la Universidad de Laval (Quebec) Canadá publicado en la revista Canadian Journal of Psychiatry el 13 de octubre de 2010) ha concluido que el riesgo de mortalidad aumenta en un 36 % entre las personas que consumen con regularidad fármacos para controlar sus estados de ansiedad e insomnio y, describe como posibles causas (estos medicamentos pueden favorecer los accidentes, al reducir la capacidad de reacción y la coordinación, o bien pueden ejercer algún efecto depresor sobre la función respiratoria que se agrava durante el sueño

secundarios. La aparición de un nuevo fármaco Agomelatina agonista de los receptores de melatonina y a la vez un regulador de los ritmos biológicos que parecen estar disregulados en las personas que padecen insomnio podían mejorar este tratamiento, y también el de la depresión pues es también un antagonista de receptores de Serotonina 5HT₂, con lo cual su acción sería similar a los ISRS, el aumento de serotonina.

No obstante, los profesionales sanitarios tal como hemos visto en los resultados de la investigación pautan simultáneamente dos o más fármacos que pueden dar lugar a efectos independientes de éstos o a interacciones. La interacción, a su vez, comprende la potenciación o, por el contrario, el antagonismo de los efectos de un fármaco por otro u ocasionalmente otro tipo de efectos. Las interacciones farmacológicas pueden ser de tipo farmacodinámico o farmacocinético. Las interacciones medicamentosas adversas deben notificarse al Centro regional de farmacovigilancia correspondiente como cualquier otra reacción adversa a los medicamentos (GPT, 2010).

En este grupo NO5C HS debemos vigilar o puede que al especialista le interese potenciar el efecto sedante, así se aumenta la sedación si los ansiolíticos e hipnóticos se administran junto con mirtazapina, antidepresivos relacionados con los antidepresivos tricíclicos o ATC, los efectos sedantes posiblemente serán potenciados si zolpidem se administra junto con sertralina; la concentración plasmática de algunas benzodiazepinas es aumentada por fluvoxamina, el laboratorio de buspirona aconseja evitar el uso concomitante con IMAO (GPT, 2010).

Una encuesta realizada en Francia a médicos de familia (n= 6.043), constata que en 60% de los médicos encuestados no prescribe medicación de inicio, y cuando prescriben hipnóticos, el 81.3% lo hacen asociando la medicación a medidas de higiene del sueño (Leger et al, 2005) GuíaINS (2008). En otra encuesta americana se pregunta a la población general por las diferentes opciones de ayuda que se utilizan para conciliar el sueño y la frecuencia con la que se usan. El 8% de las personas responde que consumen alcohol al menos dos noches por semana, el 7% usa productos adquiridos en parafarmacias, el 3% toma medicación prescrita por su médico y el 2% prefiere terapias alternativas, como la acupuntura, la melatonina, u otros preparados a base de plantas, como la valeriana (National Sleep Foundation. 2008) GuíaINS (2008).

La GuíaINS (2008) presenta una serie de recomendaciones sobre el tratamiento del insomnio crónico (anexo 37). No es infrecuente que el paciente que consulta por insomnio crónico, venga haciendo un uso crónico de depresores del SNC. Hay que evitar en la medida de lo posible la utilización crónica de los hipnóticos, ya que hay estudios que demuestran un abuso de prescripción de benzodiazepinas y en concreto en AP en España. De los pacientes tratados con BZD, entre el 23% y el 25% era a causa del insomnio. En el 80% de los casos la primera prescripción fue del médico de familia; y el perfil del paciente era mayoritariamente mujeres, mayores de 65 años que llevaban, en un 46% de los casos, más de un año con el tratamiento; siendo en estas edades, la percepción de los riesgos de la utilización de las BZD, menor por parte de los pacientes que de los profesionales. En estos casos la retirada gradual de los fármacos o *deshabituación*, es una prioridad, que en muchas ocasiones requiere, simultáneamente, el uso de técnicas no farmacológicas (p.ej. terapia cognitivo-conductual, entrevistas estandarizadas con visitas sucesivas), de lo cual hay experiencias satisfactorias en nuestro ámbito de AP.

o que estos medicamentos favorezcan de alguna manera la tendencia suicida). Teniendo en cuenta que el crecimiento de los medicamentos ansiolíticos frente al insomnio prescritos ha aumentado en este período un 40 %.

En la GuíaINS (2008) se presenta un protocolo de retirada gradual de las BZD propuesto por la AEMPS. Cuando el tratamiento farmacológico sea la opción que más se adapte al paciente es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo mediante la programación de deshabitación a los fármacos, en la medida de lo posible. Aunque aproximadamente un tercio de los pacientes no consigue deshabitarse a la toma de hipnóticos, se ha visto que aquellos que después de 8 semanas siguieron sin tomar medicación, presentaron insomnio y síntomas de ansiedad menos graves y una percepción más positiva de la salud y de auto-efectividad para evitar tomar los fármacos en diferentes situaciones. Por ello hay que tener en cuenta los problemas derivados de un uso prolongado del tratamiento farmacológico.

4. En la búsqueda que se realizó en PUBMED no se encontró ningún estudio referido exactamente a la prescripción de medicamentos a víctimas afectadas de hostigamiento psicológico en el trabajo, el único trabajo que aportaba datos es el realizado por la autora Carrión (2007), como tesis doctoral, dentro de su estudio global sobre un total de 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral. Del perfil farmacológico destaca la autora que el 60.5%, 23 casos, toman algún tipo de medicación, mientras que el 39.5% no ingiere ningún tipo de medicación. De los que ingieren algún tipo de medicamento el 43.5% toman dos medicamentos. El 39.1% un medicamento. El 13,04% tres medicamentos. El 4.3% ingieren cuatro medicamentos distintos. El 65.2% son AD, el 56.5% son antiestrés, el 30.4% son ANS y el 4.4% son HS. En el 8.7% son medicamentos relacionados con otro tipo de sintomatología. En el 39.1% de los casos se receta Trankimazin^R (ansiolítico) y en el 26.1% de los casos Orfidal^R (antiestrés). En el 21.8% Seroxat^R (antidepresivo). En el 17.4% Diazepam^R (antiestrés). En el 13% Fluoxetina^R (antidepresivo) y Vandral^R (antidepresivo), respectivamente. En el 8.7% Dobupal Retard (antidepresivo), Loramet^R (antiestrés) y Paroxetina^R (antidepresivo), respectivamente. No se han hecho constar aquellos medicamentos ingeridos por el 4.4% de los casos.

5. El resto de datos que se exponen a continuación son los resultados de estudios internacionales y nacionales realizados en población general, que sirven de comparación indirecta del tratamiento de las víctimas de APT, al estar consideradas personas con una enfermedad o sintomatología mental grave:

En Europa el estudio de Fernández et al (2007) comparaba entre varios países la adecuación del tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad y depresión. El tratamiento farmacológico de ambos trastornos en nuestro país es el menos adecuado de los seis países europeos del estudio ESEMeD (2004), pues apenas supera el 30% de casos con trastorno mental en los últimos 12 meses que han recibido en ese periodo de tiempo un tratamiento mínimamente adecuado (Fernández et al, 2006), tanto en atención especializada (salud mental, 31.8%) como en AP (30.5%); en total un 32.5%, inferior al 55.4% de Holanda, e inferior a la media europea, que es de un 45.8% en los seis países de este estudio, 57.4% en atención especializada y 23.3% en AP, así como la falta de adherencia terapéutica, que alcanza entre el 42 y el 44% de abandonos en los primeros 6 meses de tratamiento.

El estudio de Deveugele et al (2002) destaca que aunque la prevalencia de TM en los últimos 12 meses es ligeramente superior en Bélgica 9.2% [7.8-10.6] y 12.0% [9.6-14.3] en España un 16% de la población general consume fármacos psicoactivos, frente al 3.8% de Bélgica; sin embargo, Bélgica dedica a la sanidad un 47.5% más de recursos por habitante (3.095 \$USA) que España, lo que permite que las consultas de AP tengan una duración que duplica a las de nuestro país pues

a peor calidad de las visitas se traducen en más prescripciones y más consumo farmacéutico, que es más de cuatro veces superior al de Bélgica en psicotrópicos.

España es el cuarto país de la OCDE que más gasto farmacéutico tiene, con 517 \$ (422 €) en el año 2005, sólo superado por USA, Canadá y Francia, con un gasto en fármacos antidepresivos muy superior al de otros países que tienen prevalencias similares o menores de TM, habiéndose multiplicado por 10 en los últimos 15 años. Se aprecia tratamientos farmacológicos inadecuados o deficientes, el 70.9% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor puro no toman antidepresivos y la mayoría -51.1%- toman BZD, o el 61.4% de los pacientes con trastorno depresivo mayor puro consume alguna sustancia psicoactiva, pero sólo el 29.1% toma antidepresivos; a nivel europeo, el 52.5% de los pacientes con pánico consume tranquilizantes durante años. A pesar de que el consumo de AD es bajo en pacientes con trastorno depresivo mayor puro, en cambio este incremento del consumo de antidepresivos no ha reducido el consumo de ansiolíticos, que también ha crecido (Casajuana y Romea, 2009). Se puede corroborar este dato con los estudios de (Codony, 2007a y 2007b) y ESEMeD (2004), donde con una muestra de 5.743 individuos se encontró que:

➤ El tipo de tratamiento que se usa para los trastornos mentales es mayoritariamente farmacológico; así, se vio que los pacientes que presentaban algún trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses habían recibido "Sólo tratamiento psicológico" en apenas un 0,9% de los casos, mientras que "Sólo tratamiento farmacológico" lo había recibido un 33%, y ambos tipos de tratamiento el 27,1%; a su vez, para los trastornos del estado de ánimo las cifras eran similares: 28.7%, 5.8%, y 32.2%, respectivamente (Codony, 2007a).

➤ El 16% de la muestra consumió algún fármaco psicotrópico en el último año. Las BZD (11.4 %) y los AD (4.7%) fueron los más consumidos y la combinación más frecuente (1.8 %). Las mujeres tenían un mayor consumo general (OR: 2.1; IC 95 %: 1.7-2,5) y de BZD (OR: 2.3; IC 95%: 1.9-2.8), antidepresivos (OR 2.2; IC 95%: 1.6-3,1) y APS (OR: 1.9; IC 95%: 1.2-3). La probabilidad de consumo aumentaba con la edad y con la presencia y número de trastornos mentales (Codony, 2007a).

En España el 41.3% de la población presenta una condición física o dolor crónicos sin padecer un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, frente a un 2.3% de personas que tienen un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo sin condición física o condición de dolor (Cano et al, 2011). En el primer grupo la prevalencia está relacionada con la edad, de manera que aumenta la OR con ella (OR=6.6 para los mayores de 80, años frente a los de 18-34); mientras que en el segundo grupo la OR disminuye con la edad (OR=0,0 para la misma comparación). Por lo tanto, el primer grupo probablemente consumirá más fármacos psicoactivos que el segundo, a pesar de que el primer grupo no tiene trastornos mentales (ni de ansiedad, ni depresivos), mientras que el segundo sí. La razón es que el primer grupo tenderá a tener más edad, más malestar físico (mayor estrés, más problemas para dormir, más dolores en la cama) y más síntomas de ansiedad y depresión, aunque no cumpla los criterios de un trastorno mental; todo lo cual lleva a estas personas a demandar psicofármacos, especialmente para dormir (Cano et al, 2011).

El artículo de Sicras et al (2010) valoraba el impacto del uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España y describía que grupos terapéuticos y principios activos se habían prescritos en pacientes con o sin remisión de su depresión mayor. De esta tabla se puede concluir que los AD del grupo N06AB - ISRS han sido prescritos en un 82% de los pacientes con % superiores al 20% para paroxetina y fluoxetina. Las BZD han sido prescritos en un 62.1% de los pacientes. Esto implica la alta comorbilidad ansiedad depresión de

estos pacientes. Destaca también el 7.5% de prescripciones del grupo de hipnóticos, donde los pacientes en NO remisión doblan a los otros pacientes

El artículo de López et al (2011) revisó los estudios realizados sobre depresión mayor en España en el ámbito de la AP, en los últimos diez años, centrándose en aspectos como la epidemiología, el diagnóstico, el tratamiento y los costes que supone esta enfermedad. Esta opción viene motivada por la importancia del MAP en todo el proceso que vive la víctima de psicoterror laboral y en las consecuencias de sus actuaciones. Del total de artículos seleccionados en relación al tratamiento, 16 (36.4%) centran el tema en distintos aspectos de la depresión mayor, de los cuales 11 se refieren a intervenciones farmacológicas y 5 evalúan otro tipo de intervenciones. Los principales resultados hallados en estos estudios sobre el tratamiento de la depresión se muestran en la tabla de estudios comparativos del tratamiento y los costes que supone la depresión. De los trabajos analizados, el tratamiento farmacológico de la depresión mayor es el tipo de intervención más frecuente, utilizado en AP con un 98.3% de los casos (Martín et al, 2007):

- Sobre el perfil de utilización de AD en AP, el estudio realizado (Velia et al, 2005) en Cataluña, sobre una población de 998 personas se observó que la media de edad de los pacientes tratados es de 50.2 ± 17.6 años, y que existe una mayor prescripción en las mujeres (n=509; 67.7%) que en varones (n=142; 59.9%) (p=0.028). Los subgrupos terapéuticos más prescritos fueron los ISRS (31,6%), las BZD de t_{1/2} corta (32,9%), y las BZD de t_{1/2} larga (19,8%). Los antidepresivos fueron prescritos por el MAP en un 45.7% de los casos, utilizando con mayor frecuencia fluoxetina y paroxetina; la duración del tratamiento fue <3 meses en el 49.2% (n=148) y >1 año en un 22.6% (n=68). Los AH más prescritos fueron alprazolam, lorazepam, diazepam y clorazepato dipotásico. Las combinaciones más utilizadas fueron: fluoxetina y paroxetina con alprazolam (n = 47 y n = 45, respectivamente) o lorazepam (n = 25 y n = 21, respectivamente). En un estudio posterior del año 2008 se confirmó que los antidepresivos más prescritos son paroxetina (33%) y fluoxetina (30%) (Pinto-Meza et al, 2008).

- Si se analiza la eficacia y el coste del tratamiento AD en AP los estudios de Serrano et al (2006a, 2006b y 2009) realizados por el equipo de investigadores Depressió en Atenció Primària de Gavà (DAPGA Group) comparando imipramina y fluoxetina, en los que se observa que imipramina parece tener menos costes asociados y en relación a los ISRS estudiaron que en diferentes ISRS, fluoxetina presentaba una mejor relación coste-utilidad.

- Las BZD son el tipo de psicofármaco más consumido: el 11.4% de los españoles en el último año (el 8,1% de manera exclusiva), siendo mucho más probable que lo haga una mujer (OR=2,3; [1,9-2,8]) (Latorre et al, 2005). Esto probablemente se debe a su poder adictivo, más psicológico que físico, que lleva a algunos pacientes a sufrir ansiedad incluso por no tener algún envase a su disposición. Pero sin duda existen muchos otros factores que pueden explicar este alto consumo; así, por ejemplo, la gran mayoría de los médicos dicen no conocer este problema de adicción (Latorre et al, 2005); además no existe una relación fuerte entre tipo de trastorno mental padecido y consumo de psicofármacos, de manera que más de la mitad de pacientes con un trastorno depresivo mayor puro consume BZD; muchos pacientes con condición física o por dolor, consumen estos fármacos para dormir; etc.

- Cuando una persona comienza a tener reacciones intensas de ansiedad -que pueden dar lugar o no a un trastorno de ansiedad-, la falta de información sobre dichas reacciones puede agravar los síntomas al ser malinterpretados, y si se inicia el consumo de tranquilizantes para disminuirlos (en los últimos tiempos ha aumentado la intolerancia al malestar y la tendencia a combatirlo con

psicofármacos, aunque se haya producido por causas naturales, como la muerte de un ser querido), puede llegar a desarrollarse algún trastorno por consumo de tranquilizantes (primero abuso, finalmente dependencia, y si se intenta abandonar el consumo surge el síndrome de abstinencia), siendo muy probable que no se resuelva su problema de ansiedad con este tratamiento (Cano, 2003).

- El presente estudio se ha realizado en Cataluña, y de acuerdo con el informe de (Araña et al, 2008a) donde se recoge que en cuanto al tratamiento se destaca el uso del placebo por parte de los MAP catalanes, que afirman utilizarlo con frecuencia un 78% y ser una estrategia consolidada, seguido de Andalucía (48%). El resto, excepto Canarias (13%), muestra porcentajes en torno al 20% en el uso del placebo. Su utilidad, sin embargo, y principalmente en SM, presenta una controversia notable, sobre todo por sus altos riesgos, actuando en muchas ocasiones como "un robustecedor de la cronicidad de los síntomas", advierten. En este sentido, el informe también recuerda que *"el diagnóstico correcto y la valoración de los efectos indeseables son una parte esencial de la estrategia terapéutica"*. Asimismo, señala que la decisión de suspenderse el tratamiento de mantenimiento ha de planificarse siempre de forma cuidadosa y efectuarse de forma progresiva.

- Hay que resaltar que las asociaciones de MAP señalan que aproximadamente la mitad de los pacientes crónicos no cumplen las prescripciones del médico, se automedican y acaparan fármacos. Se ha detectado que el consumo de psicofármacos en Europa aumenta con la edad (OR=3.1 para los mayores de 65 años frente a los jóvenes de 18 a 24; el 18.8% de los mayores ha consumido psicofármacos en el último año, frente al 6.6% de los jóvenes), mientras que la prevalencia de TM disminuye con la edad: desde un 13.7% de prevalencia año (trastornos de ansiedad, depresivos, o consumo de alcohol) en los jóvenes, hasta un 5.8% en los mayores (OR=0.4). En España sucede lo mismo e incluso aumentado, las personas mayores son grandes consumidoras de psicofármacos (el 25.9% de los mayores de 65 años ha consumido psicofármacos en el último año; OR=3,5 frente al consumo de los jóvenes de 18-24, que es de un 8.7%), mientras que la probabilidad de padecer un trastorno mental (trastorno de ansiedad, depresivo o consumo de alcohol) es un tercio (OR=0.3) de la prevalencia de los más jóvenes (10.1% frente a 6.6% de los mayores) (Alonso et al, 2004).

No obstante, según los MAP, el tiempo de consulta, la coordinación entre AP y psiquiatría, las listas de espera y la asistencia social y psicológica familiar son aspectos a mejorar en el manejo de la depresión. Además, hacen falta directrices para tratar otros trastornos depresivos menos graves. Todo ello conlleva a que por parte del MAP descuiden la asistencia y el seguimiento del paciente, pues la literatura detecta algunas problemáticas en relación al tratamiento farmacológico, como la inadecuación de las pautas de administración del fármaco antidepresivo y la falta de adherencia terapéutica o que muchas veces las posologías no son las adecuadas, generalmente en infratratamiento, ya que se prescriben dosis inferiores a las recomendadas, o de menor duración (Pinto et al, 2008 y Fernández et al, 2006). El seguimiento del paciente por parte del mismo médico es otro de los aspectos importantes que resaltan algunos autores, pues la mayoría de pacientes no recibe un adecuado seguimiento por parte del médico que le ha prescrito el antidepresivo, posiblemente debido a la falta de tiempo. Otros autores (Pérez-Franco y Turabián, 2006) aconsejan que desde la atención primaria, se hagan intervenciones pequeñas pero continuadas para el abordaje de la depresión, igual que ya se hace con otros problemas de salud crónicos como la diabetes o la hipertensión arterial. Estas intervenciones incluirían el refuerzo de las conductas útiles, explicar a los pacientes su posible evolución, programar revisiones, controlar o seguir la evolución a largo plazo, prevenir recaídas, etc.

Impacto económico del acoso psicológico laboral. Valoración del coste de las afectaciones psicopatológicas en el ámbito laboral.

Como suele ser habitual en las revisiones de estudios epidemiológicos y económicos de enfermedades, la heterogeneidad de métodos e instrumentos de cuantificación limita la comparabilidad de los resultados y la posibilidad de obtener estimaciones fiables de los efectos con mayor precisión que el orden de magnitud. Los estudios del coste de la enfermedad tienen como uno de sus objetivos principales sensibilizar a las autoridades y al público en general sobre la relevancia social y económica de una determinada patología/fenómeno (en nuestro caso el APT). Los autores y patrocinadores de los estudios suelen por ello estar interesados en que los costes sean mejor cuanto más elevados. Esto genera la posibilidad de sesgos al alza, tanto intencionados como involuntarios, en las estimaciones. Por otra parte, las cifras de costes de la enfermedad/fenómeno, en cuanto a criterio para señalar la importancia relativa de una patología, sólo pueden interpretarse en términos comparativos. En este sentido sería deseable una mayor estandarización de la metodología que abarcase desde la definición y delimitación de la enfermedad y de los conceptos de prevalencia y costes hasta la medición de los mismos. En ausencia de estándares metodológicos que aseguren la comparabilidad de los resultados es deseable llevar a cabo estudios de coste simultáneos para varias enfermedades (p. ej, de todas las enfermedades mentales), lo que asegura que los resultados serán comparables y válidos, por lo menos en términos relativos.

Otra limitación metodológica presente en la mayoría de los estudios de costes de la enfermedad/fenómeno, que en este caso sesga los resultados a la baja, es la ausencia de un grupo de control. Los pacientes con depresión o ansiedad pueden consumir recursos debido a dicha enfermedad que son diagnosticados para otras patologías. Si solamente se contabilizan como costes de la depresión o de ansiedad los recursos que tienen asociado dicho diagnóstico se puede estar produciendo una subestimación de su importancia. La forma metodológicamente más correcta de contabilizar los costes de la depresión o ansiedad en un estudio observacional es restar a los costes sanitarios totales que generan los enfermos con depresión/ansiedad, los costes totales de una población de características similares que no tengan dicho diagnóstico.

El APT es considerado un severo estresor psicosocial que puede afectar seriamente el funcionamiento cotidiano de aquellos que lo padecen, con la aparición de diversos síntomas de estrés. Cooper et al (1996) sugieren que entre los resultados típicos de estrés encontramos una reducción en la satisfacción del trabajo, una disminución del compromiso a la organización, un comportamiento inseguro y mayor propensión a los accidentes, y lo que puede denominarse como "hábitos de vida pobres", por ejemplo, aumento del tabaquismo y el consumo de alcohol, menos atención a la buena alimentación, etc... Además, el acoso también puede tener consecuencias negativas a nivel organizacional. Por ello, algunos autores consideran que estamos ante la principal fuente de estrés social en el trabajo, y un problema más devastador para los empleados afectados que la suma de todos los demás estresores laborales juntos (Einarsen y Mikkelsen, 2003).

En el hostigamiento psicológico laboral sistemático y continuado no hay lugar a dudas que el daño psíquico como se ha expuesto es extraordinario, los problemas de salud señalados acarrear un alto coste financiero en las organizaciones. Se ha estimado que el coste económico de caso de acoso para una organización varía en entre 30.000 y 100.000 dólares estadounidenses (Leymann, 1990). Los cálculos realizados por (Hoel et al, 2003) sobre el workplace bullying en Gran Bretaña, sitúan los costes alrededor de 28.000 libras británicas. Además, hay que sumarles costes indirectos, como el daño a la imagen pública de las organizaciones, y la

consecuente pérdida potencial de clientes. Hoel et al (2003) señalaron como impactan los efectos causados por el estrés y diferentes actos violentos sufridos por los trabajadores en las organizaciones laborales y en la sociedad, destacando en el caso del bullying/mobbing la presencia de los efectos que se adjuntan en el anexo 38.

Los pacientes afectados de acoso psicológico en el trabajo son considerados por los profesionales que les atienden como pacientes con una enfermedad o sintomatología mental como consecuencia de las lesiones y secuelas del daño psíquico sufrido. En el contexto clínico, es conocido que los Trastornos Depresivos se asocian con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Los pacientes con depresión tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades, de padecer fracasos terapéuticos y de un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente; la probabilidad de morir está aumentada debido a un aumento del riesgo de suicidio, de sufrir accidentes o complicaciones fatales de otra enfermedad, o por la presencia de otras enfermedades que favorecen la depresión como el alcoholismo y el abuso de sustancias (drogas legales o ilícitas), de ahí que el análisis de costes que se realiza se base en este trastorno mental grave, unido todo ello al hecho de que la mayoría de estudios centran el impacto del gasto en psicopatología de SM en la Depresión Mayor (DM) se evaluó el impacto del APT dentro de los estudios realizados de DM.

Un problema general de los estudios de coste de la enfermedad, especialmente relevante en nuestro estudio, es la comorbilidad, especialmente cuando no es posible establecer una relación unidireccional de causalidad entre las patologías implicadas. En el caso de las enfermedades mentales derivadas del hostigamiento psicológico laboral, la comorbilidad entre depresión/ansiedad es muy evidente. Si no es posible llevar a cabo una distribución de los costes entre las distintas causas de morbilidad hay que reconocer que se está introduciendo un cierto sesgo al alza. Así, la suma de los costes de la depresión y de los costes de la ansiedad realizados de forma independiente daría una cifra superior a la de un estudio que estimase conjuntamente los costes de ambas patologías.

Las diferencias entre el uso de los servicios y las necesidades de los pacientes con depresión entre España y otros países europeos repercuten en la planificación de los servicios sanitarios. En primer lugar, estas diferencias indican que los datos sobre el coste de enfermedad relativo a la depresión en Europa no se pueden extrapolar al caso español. En segundo lugar, las prioridades globales y las estrategias europeas sobre prevención de la depresión y del suicidio pueden tener un impacto muy diferente en países con tasas elevadas de depresión y suicidio en comparación con países en que estas tasas son de las más bajas de la UE, como es el caso de España. Esto hace que las prioridades establecidas a escala europea puedan ser diferentes de las que serían realmente relevantes en el conjunto del Estado o en las diferentes comunidades autónomas, y los indicadores globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) o la Unión Europea (por ejemplo Wahlbeck y Mäkinen, 2008) podrían no informar adecuadamente sobre la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de este grupo de población (Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya, Costdep-2006).

En nuestra evaluación del coste de la violencia en el trabajo, vamos a considerar a los costes en su sentido más amplio, tanto los económicos, como los no económicos. Para la persona sometida a la violencia, el miedo y el dolor conectados con la experiencia representa un coste tan real como las causadas por la pérdida de beneficios. Cualquier análisis de los costes debería, por lo tanto, tener en cuenta tanto los costes intangibles, como los tangibles en el plano del individuo, la organización y la sociedad. Lamentablemente, gran parte de los datos disponibles

en relación con el estrés y la violencia en el trabajo son de una calidad bastante pobre y no puede ser objeto de plena confianza (Castillo, 1995). Factores tales como el registro de los mismos pueden influir en la fiabilidad de los datos, que lleva al investigador a tener que depender de 'conjeturas' (Cox et al, 2000)

Por lo que hace referencia a los costes intangibles el *mobbing* se ha considerado como una "epidemia silenciosa" (Zapf, 1999; Wilson, 1991), que provoca insatisfacción laboral, malestar psicológico, problemas psicosomáticos y físicos. Brodsky (1976) afirmaba que las consecuencias para los trabajadores, las organizaciones y la sociedad serían devastadoras. En los últimos años el *mobbing* ha tomado mucha importancia al punto que algunos han llegado a denominarlo "el tópic de la investigación de los años 90" en el campo de la psicología de las organizaciones (Einarsen et al, 2003). Una de las posibles causas de esta reciente visualización del fenómeno son los datos aportados desde la investigación y la praxis (Agra et al, 2002; Molina, 2001; Mullen, 1997; Rayner et al, 1999), los cuales han permitido no solo identificar la existencia del *mobbing* sino también los efectos negativos directos que provoca tanto en los trabajadores como en las propias organizaciones (Escartín et al, 2010).

En la perspectiva europea del tratamiento del *mobbing* se aprecia que esta apoyada en un enfoque de corte más psicosocial y dinámico, pues ha orientado sus esfuerzos principalmente al estudio de comportamientos hostiles persistentes y repetidos realizados por actores identificables pertenecientes a los contextos organizativos donde dicho abuso tiene lugar, focalizando la atención principalmente en el proceso de victimización. Este modo de enfocar el estudio del fenómeno ha dado lugar a la emergencia de una serie más o menos amplia de investigaciones que han seguido distintas perspectivas. Einarsen (2000b) clasificó estas tendencias en tres modelos explicativos que parecen marcar pauta en la línea de investigación europea, a saber: a) uno que enfatiza los rasgos de personalidad tanto de la víctima como del acosador; b) otro que se centra en el clima organizacional y en el ambiente de trabajo específicos de una organización y; c) otro que destaca las características inherentes y generales de la interacción humana en las organizaciones.

Respecto al primero, una cantidad significativa de estudios se han centrado en el análisis de los rasgos de personalidad (Coyne et al, 2000), buscando identificar o construir perfiles o características compartidas tanto de las víctimas (Einarsen et al, 1994; Felson, 1992; Gandolfo, 1995) como de los agresores (Ashforth, 1994). Sin embargo, dichos estudios presentan limitaciones ya que al utilizar mayormente diseños transversales no permiten discernir, entre otras cosas, si las características encontradas son antecedentes o consecuentes del proceso de *mobbing* (Bjorkquist et al, 1994a; Leymann, 1996).

Con respecto al segundo modelo, centrado en el ambiente social y organizacional así como en las condiciones de trabajo, varios estudios destacan que, dependiendo de su comportamiento, numerosas variables y procesos organizacionales estarían relacionados u operarían como causantes del *mobbing*. Einarsen et al (1994) encontraron que el liderazgo, el conflicto de rol, el control sobre el trabajo, el clima social, la ambigüedad de rol, las tareas desafiantes y la sobrecarga de trabajo estaban relacionados con la ocurrencia de *mobbing*. De modo similar (Meliá, 2006), trabajando en esta línea, ha encontrado nueve predictores del *mobbing*: consideración y apoyo de los superiores; tensión relacionada con el trabajo; calidad del trabajo; bienestar; propensión a abandonar el trabajo; relaciones saludables con los compañeros de trabajo; satisfacción con la participación; autodepreciación; y demandas contradictorias. Sin embargo, estas investigaciones no son concluyentes al establecer estas variables como la única causa de *mobbing*.

El tercer modelo, centrado en las características inherentes de la interacción humana en las organizaciones, destaca el conflicto interpersonal como el desencadenante principal del *mobbing*, en especial si las estrategias de afrontamiento empleadas no son implementadas de una manera adecuada según las necesidades y requerimientos de la situación (Aquino et al, 1999; Einarsen et al. 1994; Zapf, 1999). En este sentido, Zapf y Gross (2001) argumentan desde la teoría del conflicto que el *mobbing* calificaría como un conflicto no resuelto que ha alcanzado un alto nivel de progresión e intensidad en su escalada y un sensible desequilibrio de poder. En conjunto, estas tres aproximaciones al estudio del *mobbing* no están exentas de numerosas complicaciones derivadas de la intrínseca complejidad de este fenómeno. Una de las grandes dificultades reconocidas por los investigadores y profesionales a la hora de estudiar e intervenir situaciones de *mobbing* es su evaluación y diagnóstico (Liefhooghe y Olafsson, 1999; Rayner et al, 1999; Rayner, 1999; Zapf et al, 1996).

Sin embargo, parece que la mayor parte de los costes totales resultantes de la tensión y de los incidentes violentos son muy probables que vayan a cargo de la propia víctima y en menor medida en la propia organización empresarial, en lugar de convertirse en un fenómeno "externalizado", es decir, distribuidos entre los individuos dentro de la sociedad (Levi y Lunde-Jensen, 1995). Por consiguiente es necesario que se visualice su importancia en la sociedad, así se debe motivar mediante el análisis de los costes económicos para que la intervención sea atractiva a los responsables políticos, pues entre los políticos comúnmente se cree que un mayor conocimiento sobre los costes reales tendría un impacto sobre las prioridades y voluntad de intervenir, aportando fondos disponibles para iniciativas de en este campo (Dorman, 2000). Así pues, este fenómeno, producto de unas formas particulares de "organizar" las relaciones de poder en el lugar de trabajo, empieza en estos últimos años a recibir la atención de los medios de comunicación social, de las administraciones públicas, de los partidos políticos, y de la sociedad en general (Hubert y Van Veldhoven, 2001).

Antes de intentar calcular los costos, vamos a explorar los diversos efectos que el estrés y la violencia puede tener sobre el individuo, la organización y la sociedad.

1. Los efectos individuales del *mobbing* sobre la salud psicológica y física de la víctima que afectan en la organización podemos resumirlos en:

Keashly y Harvey (2004) en una recopilación de trabajos de investigación, categorizaron los efectos del "abuso emocional" en directos e indirectos. Los efectos directos se refieren al humor negativo (miedo, resentimiento, ansiedad y depresión) y la distracción cognitiva (problemas de concentración). Los efectos indirectos aluden a la reducción del bienestar psicológico (en forma de disminución de la autoestima y de la autoeficacia, abuso del alcohol, baja satisfacción con la vida, tendencias depresivas, o sobre-emocionalidad); los problemas de origen psicosomático; y las consecuencias sobre la organización.

La exposición a acoso laboral se ha encontrado que se asocia con la ansiedad, la depresión y la agresión (Quine, 1999; Einarsen et al, 1994), así como con altos niveles de estrés. Los síntomas típicos del estrés tales como el insomnio, la melancolía y la apatía son los resultados comunes (Quine, 1999; Björkqvist et al, 1994). Además, la intimidación parece manifestarse en los efectos cognitivos, tales como problemas de concentración, la inseguridad y la falta de iniciativa (Leymann, 1992a).

Vartia (2003), mostró una asociación significativa entre el *mobbing* y los problemas de salud. Debido al diseño longitudinal del mismo, pudo relacionar el *mobbing* con la aparición de enfermedades cardiovasculares y con la depresión. La conclusión

más importante a la que llegó fue, que los daños para la salud son el resultado del tiempo de exposición al mobbing pero que, a su vez, algunos de los daños causados, como la depresión, les hacían más vulnerables a los acontecimientos futuros en el trabajo. En este punto, conviene señalar que la mayor parte de los trabajos en los que se relacionan estas variables se han realizado con víctimas de mobbing, que generalmente han sufrido un largo proceso de acoso. Por esta razón, cabría preguntarse si en las investigaciones llevadas a cabo con grupos de trabajadores en general, y en donde, posiblemente, los procesos de victimización fueran menos acusados, también aparecerían asociaciones significativas con la salud y el bienestar.

Einarsen y Raknes (1997) en una muestra de empleados pertenecientes a empresas navales, encontraron que la exposición al *mobbing* explicaba el 23% de la varianza de la salud psicológica y del bienestar. Anteriormente, Einarsen y Skogstad (1996) asociaron esta experiencia con problemas psicológicos, psicósomáticos y musculoesqueléticos. Kaukianem et al (2001) concluyeron que las personas clasificadas como "víctimas", comparadas con "no víctimas", diferían de forma significativa en síntomas físicos, problemas afectivos, cognitivos y sociales. También se han hallado asociaciones con el *burnout* (Einarsen et al, 1998), donde las auxiliares de enfermería acosadas puntuaban más alto en la escala de *burnout* que las no acosadas.

Vartia (2001) por medio de un análisis de regresión, concluyó que ser víctima de *mobbing* era un predictor significativo de los síntomas de estrés incluidos en su estudio, aunque sólo explicaba el 5% de la varianza total. Einarsen et al (1996), observaron que el acoso explicaba el 13% de la varianza referente a molestias psicológicas, el 6% a los problemas musculoesqueléticos, y el 8% a los problemas psicósomáticos. Entre las consecuencias también aparecen relaciones significativas con la toma de medicación, como somníferos o sedantes (Vartia, 2001, 2003). En definitiva, no parece haber duda de que, tanto en los estudios realizados exclusivamente con víctimas como en los realizados con muestras globales, la asociación entre el *mobbing* y los problemas de salud es significativa. Investigaciones anteriores sobre el estrés encontraron que a menudo las actitudes del estrés son muy probables que se manifiesten conductualmente. Cooper et al (1996) sugieren que entre las consecuencias y resultados típicos del estrés se encuentran una reducción de la satisfacción y el compromiso a la organización, un comportamiento inseguro y mayor propensión a los accidentes, y lo que puede denominarse como "hábitos de vida pobres", por ejemplo, aumento del tabaquismo y el consumo de alcohol, menos atención a la dieta y a la buena alimentación, son otros efectos a menudo citados por los investigadores. Un estudio finlandés encontró que los hombres víctimas de los conflictos interpersonales reportaron excesivo consumo de alcohol, con frecuencia se desmayaban después de beber y también elevado consumo de tabaco y tranquilizantes. En relación con consumo excesivo de alcohol también fue reportado para las mujeres víctimas. (Appelberg, 1996).

A nivel conductual, los efectos comunes de la exposición a la violencia psicológica del resultado de la intimidación son la falta de concentración y la disminución de confianza en sí mismos, así como una tendencia personal a la retirada, que a menudo conduce al aislamiento social (Brady, 1999). Según este autor las víctimas de estas situaciones de violencia también son a menudo escépticos a cualquier ayuda ofrecida lo que provoca que el tratamiento y la recuperación más difícil. La falta de concentración, posiblemente da lugar a una mayor probabilidad de cometer errores y tener accidentes (Hoel y Cooper, 2000b). Otras respuestas a la exposición a la violencia pueden ser el aislamiento social, según lo mencionado, y la irritabilidad que afectan a la productividad laboral y las relaciones sociales en el trabajo así como las relaciones fuera del trabajo (Warshaw y Messite, 1996).

Ya hemos establecido que la intimidación puede tener un efecto dominó en los testigos. A este respecto, vale la pena destacar que el proceso del acoso y el posible efecto negativo que pudiera tener en las relaciones sociales funciona tan bien dentro como fuera del trabajo. Ser atacado repetidamente durante un largo período del tiempo es probable que se manifieste en cambios en el comportamiento. Con frecuencia, las quejas comienzan a actuar obsesivamente que para el observador externo puede llegar a ser irritante, esto poco a poco puede cambiar la opinión previa del observador, viendo en las víctimas que son los creadores de su propia desgracia (Leymann, 1996). También se observó que la naturaleza del proceso rara vez permite la neutralidad con respecto al conflicto lo que puede reforzar el efecto dominó (Einarsen, 1996). Con frecuencia es imposible para los observadores permanecer neutral, y la presión pueden estar presentes por ambas partes siendo convertidos en espectadores activos de parte en el conflicto.

Los incidentes violentos en el lugar de trabajo también tienen ramificaciones más amplias que únicamente a la persona/s directamente involucrados. Algunas investigaciones han demostrado que el avistamiento de la violencia puede conducir al miedo de los futuros hechos de violencia y como tal tiene similares efectos negativos como ser asaltado o atacado personalmente (Rogers y Kelloway, 1997; Leather et al, 1998). Otros autores han relacionado el tipo de actos negativos que se utilizan en el acoso y las consecuencias de los mismos. Así, parece ser que cuando practican conductas negativas dirigidas a la vida privada o al desempeño profesional, el impacto es mayor en la pérdida de salud de las víctimas (Einarsen y Raknes, 1997; Vartia, 2003), mientras que emplear el aislamiento social, ignorar a alguien, no permitir expresar sus ideas y opiniones, o darle a alguien tareas sin sentido, se asocia principalmente con la pérdida de autoconfianza (Vartia, 2003).

En relación a los efectos indirectos estudios anteriores confirman la relación existente entre el *mobbing* y el deterioro de la satisfacción laboral (Hoel y Cooper, 2000b; Hoel et al, 2003; Keashly y Jagatic, 2000; Mathisen et al, 2008; Quine, 1999), señalando el efecto pernicioso que el *mobbing* provoca en la satisfacción laboral de los trabajadores, hasta el punto de que se ve afectado el compromiso con la organización. Las víctimas identifican entornos laborales más "degradados", lo que repercute negativamente en su satisfacción laboral.

2. Las organizaciones a menudo han tratado el tema de la violencia, centrándose en las estrategias que requieren una acción mínima simplemente el compromiso de evitar litigios, y reclamaciones de indemnización. Sin embargo, la OIT ha optado por una estrategia que combina las demandas de justicia social, con un argumento económico, o lo que la OIT se refiere a como un cuidado de la salud pública laboral con respecto a la salud de la organización y seguridad en su sentido más amplio (Di Martino y Pujol, 2000).

En el ámbito organizacional, diversos estudios han mostrado que las víctimas de *mobbing* presentan mayores índices de absentismo (Hoel y Cooper, 2000b), de rotación (Quine, 1999) así como menores niveles de productividad (Hoel y Cooper, 2000b). Cooper et al (1996) y Hoel et al (2003), agrupan en cuatro apartados los efectos principales del *mobbing* sobre la organización: absentismo, rotación del personal, disminución del rendimiento y de la productividad que ocasionan pérdidas económicas.

2a. *Absentismo laboral.*

Antes de que se produzca el abandono de la empresa se sucederán períodos de ausencia reiterada del trabajo (Leymann, 1993, 1996; Warshaw y Messite, 1996; Einarsen, 1999; Zapf y Gross, 2001), lo que nos lleva a pensar en una estrecha relación entre absentismo y *mobbing*. Matthiesen et al (1989) mostraron una

asociación positiva entre estas dos variables en profesores, y Toohey (1991) señaló que esa relación es especialmente significativa en las bajas por enfermedad de larga duración. Quine (2001) cifró en un 8% las bajas por enfermedad con hospitalización debidas al *mobbing*, mientras que Kivimäki et al (2000) y Vartia (2001), en sendos estudios realizados en Finlandia, encontraron respectivamente un 26% y un 17% de absentismo asociado al *mobbing*.

Podría pensarse que en los casos más graves de intimidación podrían afectar las tasas de absentismo, pues la reacción elevada de estrés es probable que pudiese impedir al individuo volver al trabajo. Sin embargo, la mayoría de los estudios de la intimidación laboral muestran una relativa débil relación entre el absentismo y la intimidación. Una posible explicación puede deberse a que el absentismo es visto como una estrategia poco útil en los casos de intimidación, por lo que la salida ante esta situación difícil es peor (Hoel y Cooper, 2000b). Existen otras investigaciones, que han explorado esta relación, y encuentran una asociación bastante débil (Einarsen y Raknes, 1991; Hoel y Cooper, 2000b; UNISON, 1997). El trabajo de Einarsen y Raknes (1991) mostraron que el *mobbing* sólo explicaba el 1% de la varianza total del absentismo por enfermedad, y el de Hoel y Cooper (2000) señalaron que los empleados que sufrían acoso se ausentaban del trabajo siete días más por año que aquellos que no lo sufrían. Esta relación, relativamente débil, podría explicarse por la presión que, en muchos casos, ejerce la organización sobre los asalariados para asistir al trabajo, aún estando enfermo, y por la incompreensión que existe de las afecciones de tipo psicológico. La presión percibida para asistir al trabajo se incrementa cuando el individuo es consciente debido a su ausencia sus tareas las tendrán que suplir sus compañeros, incrementándole la carga de trabajo, cuando se reduce el salario, cuando existe un alto riesgo de perder el puesto o cuando las víctimas no quieren que se les acuse de estar fingiendo una enfermedad. Esta presión puede ser tan elevada que, en ocasiones, se convierte en una forma paradójica de *mobbing* (UNISON, 1997). Sin embargo, en un estudio realizado en Finlandia de los empleados del hospital, Kivimäki et al (2000) estima que las víctimas de intimidación tuvo en promedio un 50% más absentismo por enfermedad certificada que los que no fueron intimidados. Incluso cuando se ajusta por posibles repercusiones en estado previo de salud, las tasas de absentismo seguían siendo un 26% superior.

2b. Rotación de personal:

La mayor parte de los estudios, debido a su carácter correlacional y al empleo del autoinforme, más que analizar la rotación se ocupan de la intención de abandonar la organización (Hoel y Cooper, 2000a; Keashly y Jagatic, 2000; Quine, 1999; UNISON, 1997). Vartia (1993) halló que el 46% de los acosados tenían la intención de abandonar el trabajo, aunque ésta no se correspondía con el abandono efectivo. En un estudio posterior, cuantificó en un 17% las personas que habían dejado realmente el trabajo debido al acoso (Vartia, 2001).

La posible explicación de este hecho estaría en la utilización de la intención de abandonar o de buscar otro empleo como un mecanismo de afrontamiento positivo para reducir el problema, como una estrategia psicológica que permite al individuo buscar un nuevo puesto de trabajo, o al menos le alivia la idea de no tener que permanecer "toda la vida" en su organización (Keashly y Jagatic, 2000). Sin embargo, en la mayoría de los casos, las condiciones del mercado laboral no permiten a las víctimas dejar su trabajo, por lo que su permanencia en la empresa sirve para que el conflicto se vaya escalando con el tiempo. La dificultad para encontrar otras alternativas de empleo agrava el riesgo para la salud y los efectos negativos para la organización, porque la consideración del despido o de la "baja voluntaria" más que en una solución se podría convertir en el "verdadero" problema (Peris, 2002).

2c. Efectos sobre la productividad y el rendimiento:

Posiblemente debido a la dificultad de medir la productividad, los estudios en los que se analiza su relación con el mobbing son escasos. Einarsen et al (1994) con una muestra de empleados adscritos a un sindicato noruego, hallaron que el 27% de los encuestados estaba de acuerdo en que el mobbing reducía su eficacia en el trabajo. Hoel y Cooper (2000a), incluyeron una pregunta sobre cuál era su rendimiento actual en su puesto, independientemente de si eran víctimas o no de mobbing, y estimaron en un 7% el descenso de la productividad en el primer grupo. En EEUU, Johnson e Indvik (1994) (Hoel y Cooper, 2000a) cifraron entre los cinco y seis billones de dólares las pérdidas de productividad por acoso. En numerosos trabajos las inferencias de estimación de productividad se han realizado de forma indirecta, asociando el *mobbing* a la insatisfacción laboral, la reducción del compromiso o la baja motivación que, sin duda, repercutirán en el rendimiento en el trabajo (Hoel et al, 2003).

Baja satisfacción del trabajo y bajo compromiso organizacional son otros factores que pueden ser resultados del mobbing y pueden afectar por tanto negativamente a las organizaciones (Barling, 1996), ello podría ser como consecuencia de las complicaciones en las relaciones de trabajo o por un clima general de temor a volver al lugar de trabajo donde se realizó el acoso psicológico. Existe evidencia que sugiere que las víctimas de intimidación declaran tener peor rendimiento en el trabajo en comparación con aquellos que no fueron intimidados, ello se observa cuando se compara la percepción de la desempeño de las personas que han sido intimidados con aquellos que no lo han sido (Hoel y Cooper, 2000a). Sin embargo, el vínculo entre intimidación y rendimiento bajo en el trabajo no era muy fuerte. Se ha sugerido que las personas que son sometidos a la intimidación tienen que estar dispuestos a demostrar capacidad y compromiso a la organización cuando su autoestima están fallando (Hoel et al, 1999). A menudo se ha sugerido que la intimidación es probable que afecte a la organización por inhibir la innovación y la creatividad (Bassman, 1992).

En un estudio sobre "bullying at work" en Gran Bretaña (Hoel y Cooper, 2000a), los encuestados se dividieron en cuatro grupos: "Actualmente, intimidado", "con anterioridad intimidado", "testigo de la intimidación sólo", y "ni experimentado ni visto bullying". Aquellos que actualmente estaban expuestos a la intimidación se encontraron que tenían la peor salud física y mental, el absentismo más alto por causa de enfermedad la más baja productividad, así como la más baja satisfacción del trabajo y bajo compromiso organizacional y la intención más alta de dejar el trabajo. El segundo grupo más afectado fueron los que fueron "intimidados en el pasado", seguido de "testigo de la intimidación sólo" y "Ni intimidado, ni fue testigo de la intimidación". Estos resultados indican que el acoso tiene una probabilidad alta de tener implicaciones a largo plazo. Por otra parte, la exposición indirecta a la intimidación también puede afectar negativamente a los individuos, por ejemplo, por el temor que induce en los que son testigos de un compañero de trabajo de convertirse ellas en víctimas (Hoel y Cooper, 2000b).

Así el fenómeno del *mobbing*, además de ocasionar problemas de salud a los trabajadores, puede aumentar el absentismo y reducir el rendimiento, lo que se traduce en un alto coste para las organizaciones. Por ello, la investigación futura debe centrar gran parte de sus esfuerzos en el conocimiento y comprensión de los antecedentes y las causas de ese fenómeno, sobre todo los de naturaleza organizativa y es por lo que entendemos que debiera considerarse imprescindible su evaluación en el marco de la prevención de riesgos laborales; en desarrollar herramientas y técnicas de resolución efectivas, donde se realicen programas de intervención que eviten tanto la aparición de este fenómeno como su resolución; y

por último, una mayor comprensión de este problema, ampliando la investigación a la figura del acosador y los altos directivos, que sin duda, son elementos centrales de la aparición, mantenimiento y desarrollo del acoso psicológico en el trabajo (Meseguer et al, 2008).

Dawn et al (2003) estimaron que de las personas acosadas, un 25% acabarían por abandonar la organización (jubilación forzosa, despido, baja voluntaria o enfermedad).

Finalmente, es necesario aportar una reflexión para visualizar como afecta en las organizaciones este fenómeno. Por ello es necesario mencionar aquí que entre las conclusiones de las primeras jornadas de educación social "No juzgues sin conocer" sobre mobbing celebradas en Palma los días 31 de Marzo y 1 de Abril de 2004 se destaca (Cacho, 2005):

"El trabajo es un instrumento de integración del individuo con la realidad."

"Aquellas personas que por su alta motivación laboral tienen reforzada esta forma de integración personal, son candidatas a ser objeto de una situación de mobbing con mayor probabilidad que otras que carecen de esta marcada motivación."

"Los ámbitos laborales en los que se dan situaciones de mobbing, al eliminar las personas más motivadas laboralmente perjudican directamente a las empresas/administraciones que se ven privadas de sus más brillantes y destacados trabajadores: llevan a cabo una selección negativa del trabajador."

Y respecto de las administraciones públicas, señalan que "éstas parecen haber abandonado o haberse alejado de los criterios de selección de los cargos de mayor responsabilidad con arreglo a baremos de idoneidad y mayor capacitación, para ser sustituidos por otros que garanticen una mayor fidelidad al principio de jerarquía y aseguramiento de las líneas de dirección. Se produce de esta forma una disminución de la eficacia con incremento de una medianía o [sic] "mediocridad", supeditando criterios de productividad objetiva y respeto de los derechos humanos, a otros que propician un mayor control de la línea directiva coyuntural."

3. Respecto a los efectos del mobbing sobre la sociedad parece obvio, que los diagnósticos por ansiedad generalizada, el síndrome de estrés postraumático, o cualquier otro, llevan consigo un aumento del absentismo, y si finalmente se consigue expulsar a la persona de su puesto, los costes de protección sobre este trabajador recaerán en la sociedad. Si además, esta persona quedase excluida definitivamente del mercado de trabajo (por ejemplo por incapacidad laboral permanente) el coste que asume la sociedad es aún mayor. En Suecia, se estimó que el 25% de los trabajadores con edades superiores a los 55 años que habían sido jubilados anticipadamente, entre el 20% y el 40%, habían desarrollado enfermedades debidas a experiencias de mobbing. Por este motivo, muchos países europeos, como Francia, Alemania, Italia, Suecia, los Países Bajos o Noruega han elaborado un marco legal para tratar la agresión psicológica (Di Martino et al, 2003) y considerar como punibles ciertas prácticas de acoso en su ordenamiento jurídico.

En conclusión, Olga Sebastián del Centro Nacional de nuevas Tecnologías del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo en la ponencia "Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas" (Cacho, 2005) señala: *"Los costes evidentes, como enfermedades, absentismo, accidentes, suicidios o muertes, representan un alto tributo, pero también lo hacen los costes ocultos, como son la rotura de las relaciones humanas, los juicios erróneos sobre la vida privada y profesional, el descenso de la productividad, el aumento de los*

cambios de puesto, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento y el empeoramiento de la calidad de vida y del bienestar."

Por lo que hace referencia a los costes tangibles sus resultados han sido:

A. Costes directos sanitarios:

Costes totales de asistencia primaria: 11.418,5€
Costes totales de asistencia especializada: 24.005,68€
Costes totales de visitas a CSMA: 23.234,58€
Costes totales de hospitalización: 12.066,69€

Gasto total de los costes directos: 91.149,61€ - 91.920,71€

Coste total directo de los MAP en atención farmacéutica: 16.819,44 €
Coste total directo de los psiquiatras en atención farmacéutica: 34.857,68€
Coste total directo de los psiquiatras de URG en atención farmacéutica: 2.925,12 €
Coste total directo de los USL en atención farmacéutica: 609,4€
Coste total directo de los neurólogos en atención farmacéutica: 2.011,2€

Coste total directo de la atención farmacéutica: 57.222,66 €

El gasto total de los costes directos sanitarios asciende a: 103.942,43 € - 104.713,53 €

El gasto total de los costes directos de la asistencia sanitaria ascienden entre: 46.719,77€ - 47.490,87€

El gasto generado por las 728 visitas de los pacientes a la psicología privada (61,03€/sesión) asciende a: 44.429,84€

Gasto total de los costes directos: 91.149,61€ - 91.920,71€

Aspectos a comentar de los cálculos estimados:

1. Los MAP en el inicio del proceso realizan más visitas pero una vez derivado el paciente mantienen una actitud de prescripción derivada y seguimiento de la ILT de los pacientes. Las visitas sanitarias de los MAP representan entre un 24.0% - 24.4% del coste directo de la asistencia sanitaria

2. Las visitas realizadas por las víctimas de conductas hostiles sistemáticas en el trabajo para recoger el plan terapéutico o los partes de baja de ILT elaborados por los MAP no ha sido contabilizado, pues al ser pacientes con tratamientos crónicos se los entrega directamente la enfermera, o el personal administrativo.

3. Los psiquiatras aciertan mayoritariamente en los diagnósticos aunque la prescripción farmacológica es no protocolizada, es heterogénea, cada profesional mantiene diferentes criterios de prescripción tal como expone De la Gándara et al (2002) en los resultados de la encuesta sobre frecuencia, tipos, utilidades y riesgos de las diferentes posibilidades de asociación, que fue ofrecida para su cumplimentación voluntaria y anónima en un Congreso Nacional de Psiquiatría y por correo:

El mayor gasto generado se ha producido en la atención especializada (49.7%-50.6%). Los ingresos de hospitalización y de urgencias han generado un gasto mayor que los producidos por las visitas de atención primaria.

Tabla 96. Costes directos de asistencia sanitaria

	€ coste	% coste
Costes totales de asistencia primaria	11.418,5€	24.4 – 24%
Costes totales de asistencia especializada	24.005,68€	50.6%
Costes totales de visitas a CSMA	23.234,58€	49.7%
Costes totales de hospitalización	12.066,69	25.8%-25.4%
Total gasto asistencia sanitaria	46.719,77€ - 47.490,87€	

4. La mayoría de la carga de las visitas recae sobre los psicólogos (15.5 promedio de visitas), pero el 94% de los mismos son privados, sólo 3 pacientes tenían psicoterapia individual en un CSMA, en cambio 20 pacientes mantenían psicoterapia grupal en los CSMA, que coincide con la menor atención psicológica derivada tal como admite el propio Departamento de Salud. El gasto que les ha generado a las víctimas de APT la psicología privada asciende a: 44.429,84€, aproximadamente la misma cantidad que el generado a la sanidad pública. A las personas afectadas de hostigamiento sistemático psicológico laboral les sale muy cara este hostigamiento

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya en el año 2009 identificó en comparación con Europa, que hay más población que consulta en AP por problemas de salud mental, más derivación a especialistas, mayor prevalencia atendida en la red especializada de patologías de baja complejidad y menos atención psicológica, tanto a la AP como a la AE. Las diferentes encuestas de las condiciones de trabajo (ENTC) (Almodóvar et al, 2004), la última encuesta de salud de Cataluña (2010) donde indica que el 5.7% de los hombres ocupados y el 13% de las mujeres estaban en riesgo de sufrir algún trastorno mental, han ido recordando que está aumentando el estrés laboral percibido por los trabajadores y que el número de trabajadores que ha acudido al médico por motivos de salud relacionados con el trabajo ha ido aumentando. Teniendo en cuenta estos datos, en su política de contratación de servicios sanitarios de salud mental, reconocía que la prevalencia de los trastornos mentales entre los usuarios de la AP de Cataluña estaba por encima del 30%, detallando que alrededor del 15% de los pacientes atendidos en AP declaran padecer problemas de salud mental, presentan comorbilidad para por diferentes problemas de salud somáticos, siendo las diferentes modalidades de dolor crónico los trastornos más prevalentes.

B. Costes indirectos

Los costes indirectos se refieren a la pérdida potencial de productividad debida a la enfermedad, la morbilidad y a la mortalidad prematura. De esta manera se incluyen los costes de la incapacidad temporal y también los de la incapacidad permanente, así como el coste del suicidio atribuible a la depresión.

En este estudio nos centramos en la pérdida de productividad del paciente con diagnóstico de depresión. Por falta de disponibilidad de datos, se dejaron de considerar entre los costes indirectos los relativos a la pérdida de productividad de cuidadores (familia, amigos) del paciente, productividad no remunerada (doméstica) y tiempo de ocio, tanto del paciente como de los sus cuidadores. Obviamente aunque no es posible valorarlos los trastornos mentales afectan negativamente la actividad económica del paciente.

La valoración de los costes indirectos se realizó teniendo en cuenta el Coste medio por individuo con depresión según la categoría de costes (euros) (Cataluña, 2006), del suicidio consumado, de la productividad perdida por individuo con ILT, y de la productividad perdida por IP. Los resultados obtenidos fueron:

Coste de la productividad perdida por el suicidio atribuible a la depresión: 384.708€
Coste de la productividad perdida por individuo con ILT: 228.494
Coste de la productividad perdida por Incapacidad permanente: 245.040 €

Total costes indirectos: 858.242€

COTES TOTALES: Total costes generados por la asistencia sanitaria a la población de estudio: 962.184,43 € - 962.955,53 €

Comparativamente a nuestro estudio se ha recogido estudios internacionales que valoran los costes económicos provocados por el mobbing entre ellos los citados por Hoel y Cooper (2001) y Cacho (2005):

- El BIT 98/30 de la OIT recogió datos, de International Crime (victim) Survey, referidos a Alemania en 1985, cifrando el coste directo del mobbing en 112.000 \$ anuales en una empresa de 1000 empleados, a los que había que añadir 56.000 \$ de costes indirectos. Así también la OIT cifra para el año 2.000, en la UE, el porcentaje de mobbing en las Administraciones Públicas en una media del 14 por ciento y afirma que el coste de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo representa el 3% del PIB de la Unión Europea. Finalmente, el informe de la OIT "Violencia en el trabajo", publicado en el 2.001, demuestra que la pérdida de productividad en EE.UU derivado del mobbing, se encuentra entre el 0.5% y el 3.5% del PIB.

- Informe del National Safe Workplace Institute que cifró para el año 1992 el coste de la violencia en los centros de trabajo en EE.UU el cual como mínimo ascendía a 4.200 millones de \$ y para 1996, 4 años después se preveía en 36.000 millones de dólares. El incremento en los costes de atención de salud en los EEUU durante las últimas dos décadas del S.XX se disparó en un 140% (Cartwright y Cooper, 1997). Finalmente, según el Instituto Nacional de Salud Seguridad Ocupacional (NIOSH) las enfermedades mentales lleva a una pérdida en el empleo que asciende a 19 millones \$ y una caída en la productividad de 3 mil millones \$ (Sauter et al, 1990).

- Canadá, en datos oficiales, cifra el coste de una incapacidad permanente debido al mobbing en 3.500.000 de francos. Así también el Consejo de Seguridad Canadiense afirma que "los empleados afectados por el mobbing pierden entre el 10% y el 52% de su tiempo de trabajo". El termino "pierden" supone una valoración negativa respecto de la inversión del tiempo que hacen dichos trabajadores. Sin embargo, las investigaciones sobre este tema demuestran que estos trabajadores emplean el tiempo en intentar defenderse, solicitar la ayuda o el apoyo de sus colegas y en obsesionarse por su situación. Están desmotivados y estresados lo que repercute en su trabajo, tanto en la cantidad como en la calidad del mismo.

- British Columbia Workers Compensation Board señala un incremento del 85 por ciento en mobbing desde el año 1985 al año 1996. Con base en cifras de 1995/96, en el Reino Unido, el coste anual total de los accidentes y la mala salud se ha estimado que representan un coste para los empleadores del orden de £ 3.5 hasta 7.3 mil millones (Gordon y Risley, 1999).

- En Victoria, Australia, las autoridades cifran las pérdidas para las empresas, con origen en el mobbing en el período 2001-2002, en más de 57 millones de \$ australianos.

- Inicialmente, Leymann (1990) cifró entre 30.000 y 100.000 dólares por persona y año los costes del *mobbing* para una organización empresarial.

- Tal como se constata en las estadísticas públicas suecas los empleados mostraban una tendencia hacia la jubilación anticipada, se observa que en el año 1992, el 25% de los trabajadores de más de 55 años se retiraban; en tanto, durante el período comprendido de 1993 a 1994 trabajadores con menos de 30 años, se disponían a retirarse anticipadamente a raíz del fenómeno *mobbing*, lo cual representaría entre un 35 y 40%. Volvo, hizo un estudio en 1991, sobre la pérdida de productividad, debida al *mobbing*, evaluando la misma en 30 millones de francos franceses.

- Rayner et al (2002) estimaron unos gastos empresariales de un millón de libras esterlinas sólo en términos de reemplazo del personal, y Sheehan et al (2001) entre 600.000 y 3.6 millones de dólares anuales para una empresa media de 1.000 trabajadores.

- Un estudio del Instituto de Riesgos Laborales de ESADE, cuantifica la pérdida de productividad entre el 1.5 y el 2 por ciento en las empresas en que se da este tipo de situaciones.

- La Comunidad Autónoma del País Vasco, Gutiérrez y Mugarra (2003) estimaron los gastos sociales del *mobbing* en el año 2002. Para esta valoración dividieron los costes en tres apartados: los derivados de las bajas laborales, de las consultas de salud mental y del consumo de fármacos y antidepresivos. Tomando en consideración el porcentaje de afectados por *mobbing* entre un mínimo del 5% (Paoli y Merllí, 2001) hasta un máximo del 16% (Piñuel, 2001) concluyeron que por bajas laborales el coste iría desde los 77.8 hasta los 248.9 millones de euros; por consultas de salud mental, desde los 128,79 hasta los 412.32 millones de euros; y, por consumo de antidepresivos, desde los 2.8 hasta los 9 millones de euros. Por tanto, el gasto total sería de unos 243,39 millones de euros anuales en la previsión más favorable y de unos 778.85 millones de euros en la menos favorable.

Hoel et al (2003) recomiendan que, para investigaciones futuras sobre costes, se analicen los siguientes elementos: absentismo por enfermedad (costo para la empresa, horas extraordinarias de compañeros, etc.), rotación y gastos de sustitución (los que hacen referencia al reclutamiento, selección y formación), impacto en la productividad y rendimiento, compensaciones y litigios (abogados e indemnizaciones) y deterioro de la imagen social de la empresa.

Al igual que para los estudios de impacto económico generales del efecto del *mobbing*, citados anteriormente, también existen estudios internacionales que valoran el impacto económico causado a la víctima de *mobbing* (Hoel y Cooper, 2000b):

- A un profesor de Gales se pagó una indemnización por el estrés laboral transmitido de más de £ 250.000 (The Guardian, 12/05/00, página 4).

- En los EE.UU. más de 3.000 reclamaciones de indemnización por el estrés relacionado con trastorno psíquico se registran cada año sólo en California.

- En los costos de atención de salud de Estados Unidos han sido una espiral en finales del SXX con un seguro de salud aumentando en aproximadamente un 50%.

- Desglosado en los costos para el individuo, las cifras totales de accidentes y relacionada con el trabajo la mala salud en el Reino Unido era £ 5.6 mil millones para el año 1995/6.

De la exploración de las diversas formas de violencia en el trabajo, es obvio que hay un precio a pagar por el individuo tanto en términos de pérdidas financieras y

en lo que podemos denominar como "costos humanos ". Este último se refiere a la reducción del bienestar, el dolor, el miedo y en general en la calidad de vida para el individuo, así como el dolor generado al núcleo cercano, la familia y sus amigos. Mientras que fijaremos la atención en los costos económicos o financieros, también se examinará a los costos humanos.

En lo que los costos económicos se refiere, las dos áreas más importantes a considerar son la pérdida de los salarios o los ingresos y los gastos accesorios, principalmente la atención médica y tratamiento médico. En general podemos admitir que el mobbing provoca:

- ⊗ Reducción de salario por baja laboral
- ⊗ Abandono voluntario del trabajo actual
- ⊗ Despido (con o sin indemnización)
- ⊗ Incapacidad laboral total o parcial
- ⊗ Dificultades para encontrar otro empleo
- ⊗ Dificultad para hacer frente a compromisos económicos (gastos, facturas, hipotecas, etc.)
- ⊗ Gastos de procesos legales costosos y prolongados
- ⊗ Venta obligada de propiedades
- ⊗ Consultas privadas de psicólogos, psiquiatras,
- ⊗ Gastos de medicación

La pérdida de ingresos se refiere a la diferencia entre los ingresos normales que uno recibe y el pago recibido cuando se ausente de su trabajo. Los sistemas de compensación ante la pérdida de los salarios cubiertos por el empleador, la empresa o el estado (o una combinación de los tres) puede variar mucho entre países, desde la plena indemnización a casi ninguna compensación en absoluto. Incluso dentro del mismo país, el grado de compensación puede variar entre los trabajadores, según la cotización realizada, el contrato de trabajo, las contingencias asumidas, etc. También se ha de tener en cuenta que en muchos casos el individuo puede decidir abandonar la organización sin encontrar un empleo alternativo o el cambio en el empleo también puede conducir a una caída de los ingresos. Así el cálculo de cualquier de los costos tendría que considerar el ingreso potencial total que se espera de su vida laboral (lucro cesante). De ello resulta que el abandono por motivos de mala salud, mayor será la pérdida económica para el individuo.

Entre los gastos adicionales el costo más importante dentro de este grupo es el pago por consulta médica, los medicamentos y el tratamiento hospitalario. En cada país existen diferentes modalidades de pago según se desprenda si la contingencia es de accidente de trabajo / enfermedad profesional o enfermedad común. Así son pagados en su totalidad o en parte tanto por el empresario, por medio de sistemas de seguros privados, por el Estado o los contribuyentes, o por los propios individuos. Otros gastos generados son los derivados de la carga que su atención provoca a los familiares y amigos en relación con el cuidado de la persona (Levi y Lunde-Jensen, 1995). Otros gastos sociales y económicos pueden surgir como resultado de los efectos secundarios causados por el mobbing relacionados con accidentes y enfermedades. Dorman (2000) describe un estudio estadounidense que comparó la situación de las personas que sufren trastornos músculo-esquelético ocasionados por el mobbing frente a un grupo de control. Este estudio encontró que el 'enfermo' del grupo tenía más probabilidades de resultar afectadas que los controles en una serie de áreas, cada una de que puede tener implicaciones económicas. Así, las personas con trastornos músculo-esqueléticos se encontraron que era más probable que se divorciasen, que perdiesen su casa, su coche o su seguro de salud, que los individuos del grupo control.

En relación a los costes humanos varios intentos se han realizado para objetivar mediante un baremo de precios los costes humanos en relación con los accidentes y las enfermedades relacionados con el mobbing. Para la valoración de los gastos de compensación por vulneración de derechos fundamentales, se requiere una sentencia de un juez que impondrá una indemnización por causas morales. Por tanto, la suma real que cada víctima obtendrá variará considerablemente dependiendo de los hechos causantes y la afectación individual.

Por otro lado en referencia a los costes causados a las empresas es importante tener en cuenta que, en general, los costes laborales ascienden según la empresa a aproximadamente el 50 - 80% de los gastos de organización (Cooper et al, 1996). Entre los factores que deben tenerse en cuenta a la hora de evaluar el coste de la presión y la violencia laboral dentro de la organización hay:

1. Ausencia por enfermedad
2. Jubilación anticipada
3. Rotación de personal (contratación, la formación y los costes de desarrollo y reemplazo)
4. Reclamaciones, quejas y costes de litigio / compensación
5. Daños a los equipos y la producción resultante de los accidentes y errores.
6. Menor rendimiento / productividad (falta de valor añadido al producto y servicio)
7. Pérdida de reputación empresarial e imagen pública frente a la sociedad.

1. Ausencia por enfermedad (Absentismo)

Los empresarios responden al absentismo de diferentes formas, contratando coberturas sanitarias auxiliares por riesgos psicosociales, contratando horas extraordinarios del resto de compañeros, o sustituyendo a la persona ausente, sin embargo en numerosos casos la tendencia normal es traspasar las funciones del trabajador a los compañeros sin incrementar el salario, lo cual culpabiliza y estigmatiza más al ausente frente a sus compañeros. Para la empresa, de acuerdo con Gordon y Risley (1999) en la mayoría de los casos, los costos involucrados de la persona que sustituye no exceden los de la víctima, por tanto el coste real del absentismo, por lo tanto, está vinculado a los costos de la cobertura contratada con las mutuas de accidente de trabajo o enfermedades profesionales. En este caso, los sistemas pueden variar entre países, con contribuciones de los trabajadores que van desde el 100%, a otros dependiendo de los costos salariales, ya sea directamente o indirectamente a través de esquemas de seguros, cubiertos o no por regímenes nacionales de seguridad social. Por tanto independientemente del régimen de funcionamiento, habrá que añadir a los costes generales adicionalmente los costes de administración a cargo de la empresa.

Para estimar los costes del absentismo si se utiliza los resultados de una encuesta en el Reino Unido del año 1999, se encuentra que el 10% de los encuestados estaban acosados en la actualidad, mientras que el 25% habían sido acosados psicológicamente en los últimos cinco años. Con base en estas cifras se puede estimar que un total de 18 millones de días de trabajo se pierden anualmente en Gran Bretaña debido al caso APT. Si se utiliza cifras de prevalencia superiores, estimando que aproximadamente el 15% de los empleados en el año 1999 han sido afectadas por APT, ello sugiere que la pérdida real de días debido a este fenómeno es probable que sea en el orden de 27 millones de días laborables por año. Utilizando las cifras recientes de la CBI (2000) que sugieren un costo promedio de absentismo es £ 56 por día por empleado, por tanto el coste total de absentismo debido al mobbing sería £ 1.5 mil millones en un año (Hoel y Cooper, 2000a).

2. Jubilación anticipada

En muchos casos, existe un coste relacionado con la jubilación anticipada como resultado de la tensión y la violencia en forma de pagos a tanto alzado o indemnizaciones pactadas. La jubilación anticipada también llevará a un coste adicional de reposición de este trabajador.

3. Rotación de personal (contratación, formación y reemplazo)

Estos comprenden principalmente los costes de contratación relacionados con la publicidad y selección de personal (gastos de viaje de los candidatos, costes en relación con las pruebas de la selección, horas de dedicación a la selección). Además de los costes directos derivados de la indemnización por sustitución total la empresa también tendrá que incluir los costes por la finalización contractual, así como la generada por los nuevos contratos (Taylor, 1998). Un coste adicional se producirá en relación con el período de formación, pues la persona contratada es poco probable que funcione a plena capacidad. En general, los costes de sustitución aumentarán con la experiencia y las habilidades de la persona sustituida. La sustitución de un individuo también puede dar lugar a una reacción en cadena con consecuencias para otros empleados (Gordon y Risley, 1999).

Para calcular los costos de reemplazo se utilizó una cifra que sugirió que una cuarta parte (25%) de los que son víctimas de mobbing deciden dejar la empresa como resultado de su experiencia (UNISON, 1997). Las estimaciones de los costes de reemplazo puede variar mucho entre las industrias y tipos de puestos de trabajo, así en el extremo más conservador del espectro, los costes de reemplazo promedio en todos los sectores geográficos y ocupaciones se han fijado en aproximadamente £1.900 (Gordon y Risley, 1999), 2.4 millones de dólares sobre la base de una cifra de prevalencia del mobbing de un 10%. En valores absolutos teniendo en cuenta esta prevalencia estos autores sugieren que aproximadamente 600.000 personas pueden dejar sus empleos debido al APT. Sin embargo, no todas las víctimas dejarían su trabajo inmediatamente por lo que este número es probable que se reduzca considerablemente, por consiguiente si reducimos la cifra a un tercio (200.000), con una estimación conservadora, el costo total sería del orden de £ 380 millones.

4. Reclamaciones, quejas y costes de litigio / compensación

Hay una considerable brecha cultural entre los distintos países con respecto al uso jurídico del litigio. Cuando las demandas de indemnización y los litigios en relación con los accidentes de trabajo y las enfermedades son comunes, los costes suelen ser considerables. Sin embargo, la mayoría de los casos suelen acabar en los tribunales, no es probable que la resolución del gran número de quejas se resuelva en el nivel de la organización. Procedimientos de queja puede dar lugar a gastos administrativos en relación con la investigación y probables procedimientos de mediación, siempre que tales procedimientos estén externalizados.

5. Daños a los equipos y la producción resultante de los accidentes y errores como consecuencia del presentismo de la víctima. Los daños a los equipos y la producción La conexión entre el estrés y mayor propensión a los accidentes y errores se ha señalado anteriormente. Si bien este tipo de incidentes son propensos a portar un costo, su frecuencia y el impacto será muy difícil de estimar. Reducción de la productividad y el rendimiento. Cualquier reducción en la producción como resultado de la tensión y la violencia es probable que sea intangible y pueden ser difíciles de evaluar. Un enfoque posible sería comparar la percepción de la actuación entre los individuos no afectados y los sometidos a diversas formas de violencia. Por otro lado el impacto económico-sanitario de los trastornos físicos y psíquicos como consecuencia de las conductas hostiles sistemáticas informadas es interesante compararlo con el presentado del mobbing, por ello en el presente

estudio se realizó la búsqueda en las bases de datos de OHE-HEED (Office of Health Economics-Health Economic Evaluation Database) y NHSEED (National Health System Economic Evaluation Database) con las palabras clave: *depression, posttraumatic stress disorder, anxiety, insomnia, somatic disorder* y *cost* para obtener la información de costes y coste-efectividad. Bases de datos especializadas en estudios de evaluación económica a nivel internacional, donde sus artículos son previamente seleccionados por un grupo de expertos en el tema que elaboran una ficha estandarizada con un amplio resumen de los trabajos. No obstante como observaremos la mayoría de los estudios centran su impacto en la Depresión Mayor.

✓ En EEUU se analizó el impacto económico de la Depresión, de los resultados obtenidos motivó que la Pharmaceutical Research manufactures of America (Phrma, 2007), diseñase un Programa de ayuda a las empresas para calcular el coste en \$ de los márgenes de pérdida ocasionados por trabajador, así como el rango de trabajadores que pueden estar afectados por franja de edad y por sexo. Los datos aportados por el estudio, reflejan que:

Al menos el 50% de los trabajadores con depresión, no están diagnosticados, ni tratados. Este infradiagnostico de los trabajadores con depresión, podría estar generando una pérdida de entre 22 a 32 días de trabajo por cada afectado, así como un sobre coste económico situado entre 1.000 \$ a 2.000 \$, frente al resto de trabajadores. Por cada 1.000 trabajadores, el rango se sitúa en torno a 66 afectados de depresión, los hombres representan el 57.6%, las mujeres el 42.4%. Los costes por pérdidas de trabajo son superiores a los costes médicos necesarios para el tratamiento. Mínimo 1499\$ vs 1000 \$, máximo 2.107 \$ vs 2.000 \$

Otro estudio donde se evaluaba el impacto económico de la prevalencia de la ansiedad (Rice y Miller, 1998) en Estados Unidos se estimó que los costes suponían el 31.5 % de los costes totales atribuidos a los trastornos mentales, lo que situaba la ansiedad como una de las enfermedades mentales más costosas. Un resultado habitual en los estudios del coste de la ansiedad es el importante peso relativo de los costes indirectos (pérdida de productividad) asociados a la morbilidad en relación a los costes médicos directos. La razón costes indirectos/costes directos es superior a 3:1 en los estudios del coste de la prevalencia; sin embargo, la importancia relativa de los costes indirectos se reduce sustancialmente en los estudios que aplican un enfoque de incidencia, posiblemente porque no consideran o infravaloran algunos de los costes indirectos que sí incluyen los primeros (Albarracín et al, 2008).

✓ En la Unión Europea el coste total provocado por la depresión se ha estimado para el año 2009 en 161 billones de euros y la mayor parte de esta cifra (61%) se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad. Los costes totales estimados para 2004 fueron de 117.851 millones de euros (Sobocki et al, 2006) un 1% del PIB de la Unión Europea, con un incremento estimado en 5 años de 36.4%. Hay que tener en cuenta que se trata de un estudio marco, que no permite comparaciones efectivas con otros estudios. El 35.4% de estos correspondería a costes directos. La utilización de recursos asistenciales, comparada con otras enfermedades crónicas, es elevada (Saiz y Montes, 2005; Ayuso et al, 2008), especialmente en mujeres (Young et al, 2001).

Varios estudios transversales muestran un incremento de entre 1.5 y 2 veces del uso de los servicios médicos asociados a la depresión, y una reducción del mismo consumo de servicios asociado a la mejora de la depresión (Simon, 2003). El estudio de Thomas y Morris (2003) en el Reino Unido muestra unos costes totales atribuibles a la depresión de 9.000 millones de libras esterlinas, de los cuales el 96% corresponde a costes indirectos por pérdida de Productividad y mortalidad. La

proporción entre costes directos e indirectos en este estudio es de 23, siendo los servicios especializados (atención de día y ambulatoria) los que representaron el 6.1% de los costes directos, frente a un 2.2% de los costes de atención primaria (Thomas y Morris, 2003). En 2004, la hospitalización representó a Inglaterra el 7.7% de los costes directos (Thomas y Morris, 2003), o el 10% en el estudio de (McCrone et al, 2008) para el año 2007. En Suecia, los costes de la hospitalización en el año 2005 correspondieron al 6.9% de los costes directos (Sobocki et al, 2007).

En 2007, los costes estimados en Inglaterra por McCrone y colaboradores fueron de 9.200 millones de libras esterlinas (1.700 en costes directos y 7.500 millones en costes indirectos por pérdida de trabajo) (McCrone et al, 2008). La proyección para el 2026 es de 15.200 millones de libras esterlinas, fundamentalmente debido a un aumento del uso de los servicios. Un estudio reciente indica que los costes de la depresión en Suecia se han doblado entre 1997 y 2005 hasta llegar a 3.500 millones de euros (Sobocki et al, 2007).

- Un estudio realizado en Holanda valoraba el coste anual en \$ de 6 afectaciones psicopatológicas, diferenciado los costes directos por utilización de recursos sanitarios, incluida fisioterapia y costes administrativos, los costes directos NO médicos ocasionados por viaje o acceso al servicio sanitario, incluidos el aparcamiento de vehículo cuando acude a los servicios asistenciales, los costes indirectos No médicos por pérdidas durante la enfermedad, en el nº de días de trabajo perdidos y gastos en la esfera familiar, si ha estado en reposo o ha tenido que guardar cama.

De los resultados se desprende que aunque la Depresión mayor representa por sí sola el 41% de los costes directos de atención sanitaria y por otro lado, la ansiedad el 26.7%, los costes totales al final se equilibran, por la mayor prevalencia del segundo (3.313\$ vs 3.190\$). Si además consideramos a las enfermedades somáticas inespecíficas y la depresión moderada como síntomas de los episodios iniciales del acoso psicológico laboral, observamos como las 4 entidades nosológicas más prevalentes en las víctimas de hostigamiento laboral, representan el 44.1% de todos los costes anuales observados.

La Ansiedad y la Depresión mayor representan el 58% de los costes médicos imputables directamente a los presupuestos sanitarios y el 67.7% de los costes directos, médicos y no médicos, por tanto la repercusión de cualquier intervención sanitaria en afectación psicopatológica laboral, representaría una mejora incuestionable. No obstante, mientras el coste de todos los desórdenes psicopatológicos generaron en 2005 en Europa 300 billones de \$ (de los cuales el 65% los provocó la depresión, sólo en pérdida de la capacidad de trabajo) doblando a la del cáncer, la inversión dedicada a la depresión es 50 veces menor a la del cáncer aproximadamente (40 millones de €, frente a 1.500 millones de € dedicados al cáncer) (Sobocki, 2008 y Valladares, et al 2008).

En otro apartado del mismo trabajo holandés se relacionó el coste anual atribuido y la prevalencia de los distintos tipos de trastornos de SM, por millón de \$ y 1 millón de habitantes de población en edad de trabajar (entre 19 y 65 años) La distimia y la ansiedad disparan enormemente sus costes, aunque las tasas mayores de prevalencia de la ansiedad, casi 6 veces mayor, hace que su impacto sea mayor (casi 400 millones de \$), quedando la depresión mayor en 160.4 mill \$.

Finalmente el mismo estudio analizó el impacto económico diferencial a partir del nº de síntomas y la gravedad de los componentes internos de cada trastorno, exponiendo como el incremento de síntomas en Depresión Moderada supone un aumento significativo del gasto, de 160.4 por 1 síntoma pasa a 987 \$ por dos síntomas, a 2.866 \$ por tres y 3.474 por cuatro síntomas. El propio estudio destaca

que los costes por Depresión Mayor son substancialmente más altos que los generados por Depresión Moderada, pero la prevalencia de cada trastorno es capaz de alterar esta proporción al considerar los costes finales por cada tipo de trastorno, logrando situar los costes en unos niveles semejantes.

El diagnóstico y abordaje terapéutico adecuado de la depresión, realizado habitualmente desde AP es un aspecto fundamental para la mejora, no sólo de la salud y calidad de vida del paciente y su entorno más cercano, sino también para reducir el gran impacto económico y social que acarrea. Y es que los pacientes con depresión hacen un mayor uso de recursos sanitarios y presentan una pérdida de productividad laboral con unos costes incluso más elevados que los atribuidos al gasto sanitario (Herrmann et al, 2002).

- Kupfer y Frank (2003) evaluaron las repercusiones de los problemas de SM sobre los costes sanitarios evidenciando que estos costes se ven incrementadas con la existencia de algún otro trastorno mental grave o a medida que aumenta la afectación o gravedad psíquica. En este estudio se estimó los costes médicos por adulto en general en 1.660 \$, el coste del cual se incrementa en un 196 % si presenta algún tipo de problema psicopatológico y en un 274 % si presenta Depresión recurrente o trastorno bipolar. En cambio estima el coste médico por adulto con alguna condición especial en 4.055 \$, el coste del cual se incrementa en un 199 % si presenta algún tipo de problema psicopatológico y en un 250 % si presenta Depresión recurrente o trastorno bipolar.

- No obstante, la afectación de la depresión no se limita a las funciones psíquicas o sociales, sino que existe concurrencia con gran variedad de problemas psicosomáticos, de afectación física y de abuso de sustancias. Moussavi et al (2007) señalaron como la Depresión no sólo genera los mayores costes totales sino que produce la mayor disminución en salud, al ser comparada con otras enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares (infarto, angina, artritis, asma o diabetes). Si en estas enfermedades está presente la depresión es peor la recuperación del paciente. Por consiguiente, teniendo en cuenta que la víctima de acoso psicológico laboral es visitada por numerosos especialistas la presencia de la depresión merecería ser considerada e informada por todos estos especialistas, pues los problemas médicos, su complicación, su repercusión y su recuperación son diferentes con presencia o ausencia de depresión, con la gravedad de la misma y con su recurrencia.

En resumen el coste de las enfermedades mentales en Europa es casi el doble que el del cáncer, y, sin embargo, sólo se dedican 38 millones de euros a la investigación pública de la depresión frente a los 1.500 millones de euros del cáncer. Tras la realización del examen sobre la situación mundial de la salud mental, la OMS ha instado a todos los países a aumentar las inversiones y la cobertura de servicios en esta materia. La incorporación de la economía de la salud mental a las políticas sanitarias debe convertirse en una prioridad para asignar los recursos sanitarios disponibles de manera equitativa y evitar que sean ineficaces.

✓ La carga económica de la depresión se ha analizado en diferentes estudios internacionales y nacionales encontrándose diferencias notables, en la práctica médica en AP y AE de nuestro país, respecto a otros países europeos. En el estudio ESEMeD, la tasa de consultas efectuadas por personas con depresión (depresión mayor y distimia) era del 60.4%, en un punto medio-alto entre las tasas de los Países Bajos (71%) y Bélgica (62.4%) que se sitúan por encima, y las de Francia, Alemania e Italia, que se sitúan por debajo. Sin embargo, la proporción entre visitas al MAP y psiquiatras era la más reducida de los seis países de Europa occidental analizados, lo que apuntaría un exceso de visitas a la atención especializada. Además, la proporción entre visitas de psiquiatra y psicólogo muestra

diferencias importantes entre los Países Bajos, donde la mayoría de consultas especializadas son efectuadas por psicólogos (un 64.8%, frente a un 25.5% de consultas efectuadas por psiquiatras, respecto al total de consultas), y España, donde la mayoría de consultas especializadas son efectuadas por psiquiatras (un 43.8% del total) (Kovess-Masfety et al, 2007). Esto no sólo se traduce en un alto consumo de recursos, sino también en un posible uso inadecuado de estos recursos en España. Las variaciones de la práctica médica también se constatan entre diferentes comunidades autónomas de España en cuanto a la hospitalización por trastornos depresivos (Aizpuru et al, 2008).

El coste global de las enfermedades mentales en España es elevado habiéndose estimado en 7.019 millones de € para 2002 (Oliva et al, 2009). Los costes directos sanitarios representaron el 39.6% del total (2.771 millones €); los costes directos no sanitarios, 17.7 por ciento (1.242 millones de €); y los costes de reducción de la productividad 42.7% (2.997 millones €). La cantidad atribuible a los tratamientos farmacológicos fue del 15.5 por ciento del total de gastos, equivalente a 1.086 millones de € (Sanz, 2011). Por trastornos destacan, los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) que representaron unos costes de 2.332 millones de €. Los costes sanitarios directos fueron estimados en 648 millones de € 27.8% del total y los costes directos no sanitarios el 17.7%; y los costes indirectos se estimaron en 1.685 millones de € (72.2% del coste total). Por consiguiente en el año 2002 los costes directos sanitarios de los trastornos afectivos representaban un 1.8% del gasto total sanitario público español. (Departamento de Salud COSTDEP, 2011)

En el año 1998 el coste anual de la depresión se cifró en 745 millones de €. Sobocki et al (2006) estimaron que en el año 2004 la carga económica de la depresión (excluido el trastorno bipolar) ascendió a 5.005 millones de € anuales, de los cuales 985 millones corresponderían a los costes médicos, 449 millones al consumo de fármacos, 3.385 millones a los costes por pérdida de productividad y 187 millones a los costes de la mortalidad atribuida a la depresión, con una distribución por categoría de recursos muy parecida a la europea: costes indirectos, 71%, y costes directos, 29%. A pesar de la baja fiabilidad del método empleado para la obtención de los resultados, esta estimación se ha tomado como referente para la descripción de la situación en España (Valladares et al, 2009). Si analizamos la composición de los costes directos, se observa que a pesar del incremento en la prescripción de antidepresivos en España, tan sólo el 9% de los costes totales corresponde al tratamiento farmacológico, del total del coste de la depresión en España hoy en día, que asciende a 5.005 millones de € al año, unos 3.042 € al año por paciente (Valladares et al, 2009).

No hay muchos estudios en España sobre el impacto económico de las diferentes enfermedades atendidas en Atención Primaria. El equipo de trabajo liderado por Micras ha sido el que más estudios han dedicado al impacto económico de las enfermedades mentales en AP:

- En su estudio (Sicras, 2002) realizado sobre los datos de en un Centro de Salud de Badalona se obtuvo un coste, referido al año 2000, de 304.3 euros por episodio de depresión y/o ansiedad (226.5 para depresión y 77.8 para ansiedad). En este coste se incluyen tanto los costes farmacéuticos (56% del gasto, ó 170,41 euros del año 2000, por episodio) como el resto (personal, mantenimiento instalaciones, pruebas diagnósticas, etc.). La depresión fue el cuarto tipo de enfermedad que más gasto generó en este Centro Atención Primaria, con un 4.5% del gasto total. Pero el coste sanitario entra dentro de los costes directos, que sólo representan el 29% de los costes totales de esta enfermedad, pues el 71% se debe a costes indirectos (discapacidad, pérdida de productividad, etc.)

- En su artículo de (Sicras et al, 2007) informaron de la comparación de costes de pacientes con problemas de salud mental frente a pacientes con problemas de salud general, en función de la prevalencia, la utilización de recursos sanitarios, y el coste de la atención. El resultado más relevante de este estudio es que los pacientes con demanda de atención mental muestran un mayor consumo de recursos sanitarios en todos los niveles, independientemente de la edad, el sexo y la morbilidad, con lo que incurrir en un mayor coste/paciente/ año, y la mayor diferencia se observa en el coste farmacéutico. Este coste podría deberse al mayor número de principios activos consumidos, pero no podemos descartar que parte de esta diferencia se deba a un mayor coste de adquisición de los psicofármacos o a que a este tipo de pacientes se le estuviese prescribiendo medicamentos de última generación, de mayor precio, para tratar otros Problemas Mentales. El segundo componente del coste con mayor importe fue la visita en AP; en la bibliografía consultada se señala que, en general, los pacientes psiquiátricos solicitan más frecuentemente atención y que lo hacen con mayor frecuencia en consultas de AP que en las de psiquiatría (Katerndahl, 1995)

Vázquez-Barbero et al (1997), en un estudio sobre la epidemiología y uso de recursos sanitarios relacionado con la salud mental en AP, observaron que los pacientes con PM tenían unas tasas de consulta superiores a los que no presentaban ninguna enfermedad mental. Las tasas de consulta más altas también se asociaron con las variables demográficas del sexo (mujer) y la edad. En otros estudios con pacientes hiperfrecuentadores se confirmó que este tipo de pacientes suelen ser mayores de 50 años, con enfermedades crónicas y disfunciones psíquicas (Ortega et al, 2004, y las alteraciones mentales eran el cuarto motivo de consulta más frecuente. El 20% de los hiperfrecuentadores en todos los rangos de edad y el 50% de los de 35-44 años presentaron riesgo de PM.

En referencia a las derivaciones al especialista, los estudios realizados sobre las causas de las derivaciones desde AP al servicio de salud mental muestran que la supervisión del caso (50.7%) y la confirmación diagnóstica (8.9%) son los 2 motivos más frecuentes de derivación. La dificultad del diagnóstico y el tratamiento de los PM, junto con la percepción de falta de conocimientos en esta materia, puede influir en que este tipo de pacientes se derive al especialista con más frecuencia. (Arrillaga et al, 2004).

El coste ambulatorio asociado a los pacientes con problemas mentales frente al resto, reflejaban independientemente de la edad, el sexo y la morbilidad, unos costes totales significativamente mayores, de 851.5€ frente a 519.2 del resto de enfermos. Comparativamente los pacientes con problemas de salud mental generaban un coste estimado en 72.7 € más que el resto de los pacientes, siendo el consumo de fármacos el mayor gasto generado por este grupo. Los costes más elevados se asociaron con la edad

El coste total de la atención de los pacientes que demandan asistencia, en condiciones de práctica clínica habitual, ascendió a 36.962.099,7 euros. Los costes generados por los pacientes con trastorno en SM, representaron un 27.2 % de costes fijos-semifijos, y el restante 72.8% a costes variables, derivaciones a especialistas [6.4%], pruebas complementarias [4.4%] y prescripción farmacéutica [62%]. Los costes directos que incluyen los costes de atención sanitaria y farmacéuticos, son más elevados que los costes debido al paciente típico del sistema sanitario. Estos costes se incrementan notablemente en relación con la gravedad del cuadro clínico y la falta de respuesta terapéutica.

Como podemos observar el impacto de la medicación es extraordinario (62% de los costes totales), a este respecto, los expertos advierten que se ha triplicado la prescripción de antidepresivos en la última década en nuestro país, aunque esto

"no ha venido acompañado de una reducción significativa del número de incapacidades laborales temporales por psicopatología, ni de su duración". Tal y como señala Eugenio Laborda Calvo de (Araña et al, 2008a), y uno de los expertos del equipo de estudio, *"la administración indiscriminada de psicofármacos representa un 3% del Producto Interior Bruto de España, un gasto en salud mental, sin un fundamento científico y sanitario claro, salvo la costumbre de escribir una receta".*

- En otro artículo de (Sicras et al, 2007) midieron el impacto económico de los trastornos depresivos (TD) y la comorbilidad asociada en población atendida por equipos de atención primaria (EAP) en condiciones de práctica clínica habitual. Después del ajuste por comorbilidad, edad y sexo, los autores analizaron el coste ambulatorio asociado a los pacientes con TD frente al resto. Los pacientes con TD utilizaron más recursos sanitarios y mostraron costes totales corregidos significativamente más altos que los sujetos sin TD; 1.083,8 € vs. 684.1 €. Estos costes totales corregidos aumentaron significativamente en cada rango de edad, 282,27 € (250,86-313,67 €) en 15-44 años, de 473,74 € (448,02-499,45 €) en 45-64 años, de 493,69 € (451,31-536,07 €) en 65-74 años, y de 434,51 € (387,98-481,04 €) en 75 años o más, $p < 0,0001$ en todos los casos.

- Estudio prospectivo de base poblacional llevado a cabo en Cataluña sobre 4.572 personas diagnosticadas de depresión mayor (Sicras et al, 2010). El objetivo del mismo fue determinar el impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España, comparar la distribución de los costes medios por paciente/año según los grupos con presencia o ausencia de trastornos depresivos, así como valorar los costes totales generados por los pacientes que remitieron de su depresión mayor frente a los que no remitieron. Este estudio reveló entre otras cosas, que según el modelo de costes (en euros) corregidos la suma de los costes sanitarios de ambos pacientes alcanzaron los 1.874€, correspondiendo 1.108€ a atención primaria y 774€ a atención especializada, la pérdida de productividad se cifró en 3.890€ y los costes totales, sanitarios y no sanitarios ascendieron a 5.764€.

En cambio se ha de destacar que desde hace algunos años son cada vez más numerosos los estudios realizados en España sobre el impacto económico del manejo y tratamiento de las diferentes enfermedades mentales atendidas en AP y sobre la utilización de psicofármacos en AP. En general, los expertos han detectado errores en la prescripción de fármacos, derivados de que casi la totalidad de los facultativos efectúa su prescripción a partir del síntoma principal que presenta el paciente, lo que supone una visión muy reducida de la complejidad del trastorno y el riesgo potencial de cronificación de su sintomatología. Numerosos estudios han puesto de manifiesto un alarmante número de prescripciones incorrectas de ansiolíticos e hipnóticos por una duración excesiva de la pauta uso falta de revisión de tratamientos, indicaciones que no se ajustan a las guías clínicas, uso en pacientes en los que están contraindicados, etc. Muchos pacientes y sanitarios desconocen o minimizan el riesgo de efectos secundarios de los hipnóticos (tolerancia, dependencia, somnolencia y que a su vez se relacionan con caídas, accidentes de tráfico y accidentes laborales. Tampoco son conscientes de su limitada eficacia para la patología de base (insomnio).

Es por tanto común la preocupación entre los gestores sanitarios por el uso (y abuso) de los hipnóticos y los ansiolíticos, justificada por el aumento de su prescripción, el incumplimiento de las guías de uso y el riesgo de inducir serios efectos adversos. Partiendo de un menor consumo de hipnóticos y ansiolíticos en nuestro país respecto al resto de Europa, destaca el notable y sostenido aumento de su utilización en las 2 últimas décadas. Entre 1995-2002 el consumo en España creció un 56%. El 2,5% de la población española consume regularmente alguno de

estos fármacos. Los antidepresivos ISRS se situarán en el octavo puesto de consumo en 2009 (ITSNS, 2011) alcanzando la cifra de 343 millones de €. El gasto en psicofármacos constituye una de las principales preocupaciones para el sistema sanitario, dado el volumen de prescripciones y los problemas de adecuación que afectan tanto a los criterios de selección de fármacos antidepresivos nuevos frente a los tricíclicos (Barrett et al, 2005), como las prescripciones efectuadas y la duración del tratamiento (Serna et al, 2006; Fernández et al, 2006; Sicras et al, 2010).

El estudio de Sobocki et al (2007) estimaba que el 21.6% de los costes directos en Europa son atribuibles al consumo de fármacos. Sin embargo, el estudio de Thomas y Morris en Inglaterra (2003) atribuye el 84% de los costes directos al consumo de fármacos (310.4 sobre un total de 370 millones de libras esterlinas). Estos datos contrastan con las señaladas recientemente por McCrone para el año 2007 (1% de los costes directos para el total de pacientes con depresión) (McCrone et al, 2008). También contrastan con los datos relativos a Suecia en 2005 (12,9% de los costes directos) (Sobocki et al, 2007). Un estudio canadiense reciente constata un incremento progresivo de los costes asociados al consumo de psicofármacos por depresión o ansiedad en la población general. La mayoría de los costes asociados al consumo de antidepresivos se dio en sujetos no diagnosticados (Patten et al, 2008).

En el estudio de Ayuso et al (2008), examinaron el coste efectividad de diferentes tipos de intervenciones en la población española para depresión y esquizofrenia. Entre las actuaciones dirigidas a la depresión, la más coste efectiva (ver cuadro 13) fue el tratamiento con ATC, imipramina (332,41€). Esta actuación no es la más eficiente para el sistema pues se antepone el coste a cualquier otro coste indirecto no calculado (pérdida de productividad, presentismo, absentismo,...), teniendo en cuenta el alto % de recurrencias de los tratamientos antidepresivos. Así aunque tanto el manejo colaborativo proactivo con imipramina e ISRS (fluoxetina) incrementasen los ratios de años vividos sin discapacidad de una forma considerable (ver cuadro 14), directamente el doble que sólo con fármacos (72.234) siendo la intervención propuesta más eficaz, el tipo de tratamiento recibido con mayor frecuencia sigue siendo la farmacoterapia (Codony et al, 2007a).

Un estudio de utilización de medicamentos realizado en España en un centro de atención primaria informó que el 21 % de las personas que acuden al médico de atención primaria consume algún tipo de psicofármacos (Mateo R, et al, 1997). Por otro lado, de las personas con depresión en la población general, sabemos que aproximadamente un 40% de ellas indican haber acudido a la consulta los últimos doce meses por sus problemas emocionales, por tanto se asume que fueron tratadas para depresión.

Un determinante del coste farmacológico en la depresión es la severidad del trastorno. Un estudio de costes en la depresión, efectuado en AP (Sobocki et al, 2007), mostró una relación directa entre costes y nivel de gravedad, estimando que el coste farmacológico asociado a un episodio de depresión grave era del 150% del correspondiente a uno de nivel leve (Sanz, 2011). A la vista de este dato, parece obvio pensar que las estrategias principales en el manejo de la depresión deberían estar dirigidas a alcanzar la remisión del proceso, evitando la progresión del paciente hacia estados de mayor gravedad del trastorno, lo que repercutiría muy positivamente no solo en la mejora de la calidad de vida de la persona sino también en la reducción del coste farmacológico asociado. Una forma de conseguir dicho objetivo es mediante la instauración precoz de un tratamiento adecuado; sin embargo, el estudio LIDO (Simon et al, 2004) mostró que este aspecto no estaba optimizado (Sanz, 2011).

Un aspecto que afecta notablemente a la consecución de la remisión es la no adecuación de la dosis o de la duración del tratamiento antidepresivo, acorde con las recomendaciones clínicas existentes. La administración de dosis menores o durante tiempos insuficientes se ha mostrado como un hecho que dificulta seriamente la consecución de la remisión, aumentando sus costes. En este caso, el coste de los tratamientos farmacológicos sufre unos muy importantes incrementos (Sanz, 2011). El estudio STAR*D (Rush et al, 2006) mostraba cómo se reducía la probabilidad de remisión en el paciente a medida que se instauraban nuevos tratamientos consecutivos. Ello se tradujo en una reducida tasa de remisión global, obteniéndose finalmente en dicho estado solo una tercera parte de los pacientes que iniciaron el tratamiento. Un estudio de costes asociados al manejo del paciente depresivo, en función de la consecución o no de la remisión (Sobocki et al, 2006) mostraba que el coste asociado al manejo de estos últimos se incrementaba hasta el 163% del correspondiente a los que obtenían la remisión del trastorno. En base a estos estudios, el autor enfatizaba en este aspecto, titulando su análisis con la sugerente frase *The mission is remission* (Sanz, 2011).

El 92% de los pacientes de la población de estudio (De la Gándara et al, 2002) tienen pautados más de un antidepresivo, pues según la encuesta la gran mayoría de los psiquiatras españoles (89,6%) opinaba que muchas depresiones no responden a un solo antidepresivo, pero no existe protocolización de esta pauta

Las situaciones clínicas que motivan asociar a utilizar un segundo AD son variadas:

- Conseguir mayor eficacia (87%).
- Salvar la resistencia al primer AD (32%).
- Conseguir mayor rapidez de acción (26%).
- Aliviar/evitar efectos secundarios (22%).

De sus conclusiones se destaca que la mayoría de los psiquiatras encuestados opinaban que la combinación de antidepresivos es una práctica frecuentemente utilizada. De los datos de la encuesta se desprende que su uso es más habitual de lo que se pensaba, se suelen tener en cuenta los perfiles farmacológicos y lo más frecuente es la potenciación 5HT-NA (ISRS más otro fármaco), especialmente la asociación de ISRS con mirtazapina y después venlafaxina.

Finalmente, a estos costes directos se añade en los costes indirectos por pérdida de productividad atribuible a morbilidad o muerte prematura por suicidio y otras causas. La medición de estos costes es complejo y es objeto de debate, ya que, para el cálculo de los costes de mortalidad, se acostumbra a seguir un enfoque de incidencia (defunciones durante el año de referencia, estimando el valor presente del flujo de producción laboral perdido), mientras que para la incapacidad laboral se sigue un enfoque de prevalencia (valor de la producción perdida en el año base para todos los casos de incapacidad laboral existentes en el año de referencia, con independencia de cuando se iniciaran) (Oliva Moreno, 2008). Además, con esta aproximación metodológica no queda clara la imputación de los casos de incapacidades permanentes y absolutas. El estudio de Sobocki y colaboradores (2006) señala una tasa de costes indirectos para el conjunto de Europa de un 64,5% respecto a los costes totales, de los cuales 72.189 millones de euros corresponderían a costes por pérdida de productividad (un 94,7% del subtotal de costes indirectos). Esta proporción es similar a la señalada para Inglaterra (Thomas y Morris, 2003), donde los costes indirectos estimados correspondían al 96% del total (un 6,9% en costes de mortalidad y un 93,1% por pérdida de productividad). En Suecia, la estimación de costes indirectos para el año 2005 fue de 3.000 millones de euros (86%), frente a 500 millones de euros de costes directos (14%) (Sobocki et al, 2007).

Por todo ello, es preciso tener en cuenta que, aunque el paciente presente un elevado consumo de recursos sanitarios, el coste de los tratamientos farmacológicos no constituye el determinante del coste de la depresión y que dicho coste se asocia principalmente a la instauración precoz de un tratamiento en consonancia con las recomendaciones clínicas existentes y observando atentamente la percepción del paciente para maximizar su cumplimiento y obtener así una rápida consecución de la remisión.

✓ En Cataluña el coste económico derivado de estas enfermedades mentales se estima alrededor del 3 al 4% del PNB (la evaluación efectuada confirma que la depresión a Cataluña tuvo un coste en el año 2006 elevado, de 735,4 millones €), el 21,22% del cual corresponden a costes sanitarios y sociales directos (156 millones de €), y lo demás son costes indirectos asociados, en buena parte, a la incapacidad laboral (579,8 millones €).

En el Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. Informe de salud en Cataluña. Evaluación de los objetivos de salud, se informa sobre el gasto presupuestario que se dedicó a los trastornos mentales en el año 2006 (anexo 43).

La salud mental ocupa el segundo lugar en gasto (10,6%) del presupuesto del Servicio Catalán de la Salud con 682 millones de €. Des de la perspectiva del pagador público, estos costes representan un 1,9% del presupuesto público de salud de Cataluña para el año 2006 (7.835,2 millones de euros). Además, es conocida la variabilidad en su manejo, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento.

El coste de las visitas de atención primaria fue de 40.847.530 de € (un 26,2% de los costes directos sanitarios). El coste medio anual de las visitas de AP fue de 219 euros (IC 95%: 155-284). Estos datos indiquen la relevancia de la AP para la depresión.

El coste de las visitas en atención especializada fue de 8.070.883 euros (un 5,2% de los costes directos). El coste medio fue de 215 euros (IC 95%: 163-267). Se constata una variabilidad importante de los patrones asistenciales en la AE.

El coste de la hospitalización por depresión fue de 5.591.663 euros (un 3,6% de los costes directos). El coste medio de la atención hospitalaria para depresión fue de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554). La proporción entre AP y AE puede apuntar una buena eficiencia técnica de la atención a la depresión en Cataluña. La proporción entre costos de atención ambulatoria y hospitalaria pueden apuntar una buena eficiencia técnica de la AE de la depresión en Cataluña.

El coste de la atención farmacológica por depresión fue de 101.065.278 euros (un 65% de los costes directos). El coste medio del tratamiento farmacológico fue de 19,83 euros. Estos datos son, desde el punto de vista de la eficiencia técnica del sistema, mejores que las previstas en las estimaciones previas. El margen de mejora, la elaboración de indicadores de seguimiento de la prescripción y el gasto en psicofármacos, la relación con la psicoterapia y otros aspectos relevantes para la planificación requieren un análisis detallado.

Según la información del Estudi COST-DEP del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, se estima que más de cinco millones de recetas se dispensaron a pacientes con depresión. Tal como era de esperar, el mayor número de recetas dispensadas corresponde a los antidepresivos (61.5%), seguidos de los grupos terapéuticos de hipnóticos y sedantes (22.6%) y ansiolíticos (11%) (anexo 39).

El coste total de la atención farmacológica para diagnóstico de depresión asciende a 101.065.278 euros. Más del 83% de este importe corresponde al coste de los antidepresivos, seguido de los antipsicóticos (5.7%), los ansiolíticos (4.7%) y los antiepilépticos (3.6%) (Anexo 39). El importe total de psicofármacos dispensados por grupo terapéutico en todos los casos es más elevado en el caso de las mujeres que en el caso de los hombres, con excepción del gasto en antipsicóticos y antiparkinsonianos. En relación con la perspectiva del sistema sanitario público utiliza el importe líquido, que es la cantidad que paga el CatSalut. El importe total es el coste del medicamento en la farmacia: es decir, incluye lo que paga el sistema sanitario más el precio que paga el consumidor. Este es el valor que se usa para calcular el coste de la atención farmacológica de la depresión desde la perspectiva de la sociedad.

Los costes indirectos por incapacidad laboral ascendieron a 552.926.945 euros (un 95.4% de los costes indirectos). De estos, los costes por incapacidad temporal fueron de 199.615.938 euros, y los costes por incapacidad permanente ascendieron a 353.311.007 (respectivamente, un 27.1% y un 48% de los costes totales).

Los costes indirectos por mortalidad (suicidio atribuido a la depresión) ascendieron a 26.855.628 euros el año 2006, y representan el 4.6% de los costes indirectos y el 3.7% de los costes totales de la depresión. Estos datos pueden ser relevantes para los programas de promoción y prevención de la depresión en Cataluña.

La proporción de los costos indirectos respecto al total (78.8%) reflejan el perfil de transversalidad sectorial de la depresión y su carácter diferencial respecto de otras patologías mentales. De hecho la interacción más relevante no se produce entre el sector sanitario y el sector social, sino entre servicios sanitarios y trabajo. Las inversiones sanitarias y los planes de salud sobre depresión pueden tener un impacto marcado sobre otros sectores económicos

De todas estas investigaciones podemos concluir que:

1. Existe una desproporción y desconsideración de la relevancia de la ansiedad en el cómputo global de las repercusiones que ocasiona en SM, las causas podrían estar en la banalización o minusvaloración de los síntomas, de la afectación (estar estresado hoy en día es un término de uso corriente, no exclusivamente médico), así como en la presentación comórbida con otros trastornos psíquicos (depresión) o físicos (somatizaciones), que provoca no sólo confusión en la víctima de acoso psicológico laboral, sino en el propio especialista sanitario que lo atiende, atribuyéndolos a problemas habituales, cotidianos, y generales de la sociedad, interpretando mal su grave situación. Esta consecuencia de la banalización acarrea que los pacientes visiten menos a los especialistas que otros pacientes ajeados de trastornos mentales, presentando una cronificación generalizada des estado ansioso, con un elevado porcentaje de comorbilidad con abuso de sustancias para mantener su estatus laboral.
2. La mayoría de estudios centran el impacto del gasto en psicopatología de SM, en la Depresión Mayor, considerando de menor importancia los gastos generados por la depresión moderada, o la ansiedad, con mayor prevalencia, a pesar del impacto en tasas altas de presentismo con pérdidas de productividad, comorbilidad elevada y discapacidad, para este tipo de pacientes, que busquen o no, ayuda sanitaria para su padecimiento.
3. Existe una baja anamnesis psicológica médica, pues la valoración y cuantificación de los síntomas es crucial, a mayor nº de síntomas, más altos serán los costes laborales y sanitarios, mayor será la repercusión funcional (presentismo, absentismo, rehabilitación, prescripción farmacológica, etc.), y por consiguiente

aumentaran los costes sanitarios y descenderá la productividad laboral, incluso pudiendo llegar a la incapacitación total de la víctima a trabajar.

4. En España, entre los individuos que sufren algún trastorno mental, el tipo de tratamiento recibido en los últimos doce meses con mayor frecuencia es la farmacoterapia con un 35,3% como terapia única y un 29,4 como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica, mientras que sólo el 4,5% de pacientes recibió tratamiento psicológico como terapia única (Codony et al, 2007a). Para los trastornos de ansiedad, en nuestro país reciben tratamiento psicológico, como único tratamiento en los últimos doce meses, el 0,9% de las personas que tienen algún trastorno de ansiedad y no reciben ningún tratamiento el 39% de los pacientes que sufren cualquier trastorno de ansiedad (Codony et al, 2007b).

Es decir, en España se sigue apostando por el tratamiento más barato, el farmacológico, a pesar de que otros países como el Reino Unido, basándose en la evidencia científica (NICE, 2011a, 2011b), han cambiado ya claramente este modelo puramente biológico hacia un enfoque más psicológico y social, con un mayor peso de lo cognitivo y lo conductual y en el que las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser no sólo eficaces sino también eficientes. Estas recomendaciones señalan que los tratamientos de elección para los trastornos de ansiedad y depresión son las técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, mientras que el tratamiento farmacológico no ha resuelto eficazmente un gran número de casos que han seguido este tratamiento durante varios años. Estas recomendaciones son recogidas en el informe (Araña, SM, et al, 2008), coordinado por el psicólogo clínico, jurídico y forense, Santiago Mario Araña Suárez que subrayan la propuesta del Reino Unido, donde el ejecutivo británico se había comprometido, entre otras medidas, a la contratación, en un periodo de 10 años, de más de 10.000 psicólogos dentro del National Health Service (NHS) y a la creación de centros de salud públicos especializados en tratamiento psicológico, hasta alcanzar un mínimo de un centro por cada 250.000 habitantes.

Por consiguiente, las diferencias entre el uso de los servicios y las necesidades de los pacientes con depresión entre España y otros países europeos repercuten en la planificación de los servicios sanitarios. En primer lugar, estas diferencias indican que los datos sobre el coste de enfermedad relativo a la depresión en Europa no se pueden extrapolar al caso español. En segundo lugar, las prioridades globales y las estrategias europeas sobre prevención de la depresión y del suicidio pueden tener un impacto muy diferente en países con tasas elevadas de depresión y suicidio en comparación con países en que estas tasas son de las más bajas de la UE, como es el caso de España. Esto hace que las prioridades establecidas a escala europea puedan ser diferentes de las que serían realmente relevantes en el conjunto del Estado o en las diferentes comunidades autónomas, y los indicadores globales de la OMS, OCDE o la Unión Europea (por ejemplo Wahlbeck y Mäkinen, 2008) podrían no informar adecuadamente sobre la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de este grupo de población.

Todos estos hallazgos nos sitúan en la necesidad de adoptar una perspectiva a largo plazo a la hora de programar cualquier tipo de intervención general sobre un trastorno tratado como secundario en el conjunto de la SM e incluido dentro de la Depresión Mayor. Esta minusvaloración y desconsideración de las repercusiones de cualquier actuación en el ámbito de la psicopatología de la SM, incrementará los costes exponencialmente, si actualmente los trastornos depresivos son ya la cuarta causa de carga global de enfermedad en el mundo en términos de años de vida ajustados por discapacidad, debido fundamentalmente a la disfuncionalidad que ocasionan en las personas afectadas, y si tal como aventura la OMS se prevé en el año 2020 pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, tras la patología cardiovascular (GuíaANS del MSSSI). Así también en un reciente

examen sobre la situación mundial de la salud mental se ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas como angina, artritis, asma y diabetes. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las personas afectadas de *conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral (acoso psicológico en el trabajo)* no disponen de un reconocimiento jurídico como enfermedad profesional o accidente de trabajo, lo que comportaba estar atendidas por profesionales sanitarios de la red pública de asistencia, médicos de atención primaria o psiquiatras, y no por profesionales de las Unidades de Salud Laboral.
2. La dificultad de estos profesionales sanitarios y por ende la del colectivo de afectados no es el paciente en sí, sino el establecer o clasificar bajo un epígrafe, el diagnóstico, los síntomas, signos, enfermedades y/o patologías psicológicas y físicas relacionadas con el acoso psicológico en el trabajo y su correspondiente pauta terapéutica.
3. Los diagnósticos de los médicos de Atención Primaria se caracterizaron por una falta de especificidad (en un 63.5% de los casos), y no reflejaron las orientaciones diagnósticas que la literatura internacional describe para los afectados de las conductas hostiles: trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), episodio depresivo mayor (EDM), síndromes psicóticos. Por el contrario, los diagnósticos de los psiquiatras si fueron concordantes con los criterios establecidos en la literatura internacional para describir los trastornos mentales graves e incapacitantes de los afectados de conductas hostiles.
4. La mayoría de los pacientes de la muestra (92%) padecían comorbilidad ansioso-depresiva pues tenían pauta de medicación antidepressiva y ansiolítica concomitantemente, mientras que el 8% restante manifestaron trastornos puros (ansiedad o depresión) de acuerdo con la medicación pauta.
5. La prescripción de medicamentos en Salud Mental se basaba en los llamados síntomas diana (síntomas psicóticos, depresión, ansiedad, insomnio, ideación autolítica, agitación motora, agresividad, atención, fobia, manía, impulsividad), y el profesional sanitario evaluaba la efectividad del medicamento en función de la variación en los síntomas que se pretende corregir.
6. Todos los afectados de acoso psicológico en el trabajo tenía pauta de algún principio activo de los subgrupos N06A Antidepresivos, N05B Ansiolíticos, N05A Antipsicóticos, N05C Hipnóticos Sedantes, por tanto el 88.1% de las prescripciones fueron dirigidas a mitigar y conseguir la remisión completa de los síntomas de patología mental que padecen las personas afectadas, mientras que el 11.9% restante

estaba indicada para controlar el estado psicosomático de las personas afectadas con trastornos funcionales en todos los sistemas locomotor, digestivo, cardiovascular, endocrino, infeccioso, dermatológico, y respiratorio con malestar y dolor crónico.

7. La prescripción de medicamentos en Salud Mental realizada por los médicos de Atención Primaria se basó específicamente en los síntomas diana princeps (un 70% de ansiedad y 20% de depresión, 11.8% somatizaciones), con una distribución de comorbilidad pauta no recogida en las recomendaciones de las guías internacionales (Guía NICE de la Depresión) donde se afirma que cuando se asocian síntomas de ansiedad y depresión la prioridad es tratar los segundos).

En cambio los psiquiatras si centraron su actividad en los cuadros depresivos de los afectados de acoso psicológico en el trabajo, prescribiendo aproximadamente el doble de antidepresivos (49.4%) que de ansiolíticos (26.3%), recogiendo las citadas recomendaciones.

8. La prescripción de Antidepresivos (43%) concuerda con la orientación diagnóstica informada por todos los especialistas, en cambio la de Ansiolíticos (29.3%) fue inferior a la orientación diagnóstica que le correspondería (52.8%),

9. La remisión de la depresión en el primer paso de esta investigación coincide en un 34% con el primer paso del estudio STAR*D. Sin embargo, no fue posible comparar el segundo paso por la variabilidad de principios activos utilizados que no contemplaba el citado estudio.

10. El 34% de las personas se encuentran en NO REMISIÓN, 10 mujeres (33.3%) y 7 hombres (36.8%). De ellos, el 100% de los hombres y el 50% de las mujeres se encuentran en situación de Incapacidad Permanente. 2 mujeres sin Incapacidad Permanente pero que agotaron los 18 meses y otras 2 mujeres (6.5) más con intentos autolíticos toman medicación antipsicótica y antidepresiva con carácter crónico. El número total de personas en remisión es de 33 (66%), 20 mujeres (64.5%) y 13 hombres (68.4%).

11. Quince personas de la muestra (30%) padecen un Trastorno Mental Grave e incapacitante teniendo pautadas todas ellas principios activos del grupo terapéutico N05A Antipsicóticos (AP), en combinación siempre con un fármaco del subgrupo N06AX Otros antidepresivos (OAD). El número total de prescripciones indicadas para mitigar este estado crónico fue elevado 1/3 del total (33.5%) que corresponden a la suma del subgrupo N06AX OAD (22%), del grupo N05A AP (8.3%) y del grupo N03A (3.2%). La prescripción del

grupo terapéutico del grupo NO5A Antipsicóticos es casi exclusiva por parte de los psiquiatras (88%).

12. La prescripción analizada apuntó a que no se consideraron los escalones de tratamiento recomendado para los pacientes no respondedores al tratamiento, teniendo que resignarse la medicación a 42% de las personas quienes debiendo tomar principios activos del subgrupo de Otros antidepresivos para mitigar su daño psicológico.

13. El insomnio crónico en los pacientes con TDM estaba infradiagnosticado e infratratado (de acuerdo con STAR*D). Teniendo en cuenta que el insomnio de mantenimiento, o la combinación de los tres tipos de insomnio (conciliación, mantenimiento y despertar precoz) resultó ser el más prevalente habrá que seleccionar el tipo de hipnótico más útil a la hora de la prescripción, teniendo en cuenta su perfil farmacológico de actuación (corto, media, larga) y por tanto su semivida de eliminación.

14. El total de costes generados por la asistencia sanitaria a la población de estudio se estimó de 962.184,43 € - 962.955,53 €, por lo que la intervención farmacéutica se prevé que aumentaría la eficiencia de la utilización de los recursos sanitarios y, en concreto, de los medicamentos.

15. La intervención farmacéutica supuso una modificación de la pauta posológica disminuyendo los problemas relacionados con los medicamentos potenciales y reales lo que a su vez promovió un aumento en el seguimiento del plan terapéutico con la finalidad de alcanzar la remisión del paciente, ya que se ha observado que los cumplidores presentan menor morbilidad, menor incapacidad laboral y no consumen tantos recursos sanitarios y no sanitarios).

BIBLIOGRAFÍA

7. Bibliografía

Adams A. *Bullying at work: How to Confront and Overcome it [Intimidación en el trabajo]*. 1992a. London: Virago Press.

Adams A. *Holding Out against Workplace Harassment and Bullying*. *Personnel Management*, 1992b;24(10):48-50.

Agargun MY, Besiroglu L, Cilli AS, et al. *Nightmares, suicide attempts, and melancholic features in patients with unipolar major depression*. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 98:267-270

Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Preventing psychosocial risks at work*. 2002 <http://osha.eu.int/OSHA>

Agervold M. *Bullying at work: a discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study*. *Scandinavian Journal Psychology*. 2007; 48(2):161-72.

Agervold, M & Mikkelsen, EG. *Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions*. *Work & Stress*, 2004; 18(4), 336-351.

Agra VB, Fernández FR & Tascón R. *El acoso moral en el trabajo (mobbing): análisis sobre la limitada respuesta jurídica a un antiguo problema de reciente estudio y futura solución (legal)*. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, 2002; 233-234.

Agreda J, Yanguas E. *El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo*. Centro de Salud de Pamplona. 1999. Anales@cfnavarra.es

Aguado AL. *Historia de las deficiencias*. Escuela Libre Editorial. Madrid, 1995

Agulló E y Ovejero A. *Trabajo, individuo y sociedad. Perspectivas psicosociales sobre el futuro del trabajo*. 2000 Madrid: Pirámide.

Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E, Grupo Atlas-VPM. *Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos*. *Atlas de Variaciones de la Práctica Médica*. 2008; 3 (1).

Akerblad AC. *Response, remission and relapse in relation to adherence in primary care treatment of depression: a 2-year outcome study*. *International Clinical Psychopharmacol*. 2006 Mar; 21(2):117-24.

Akincigil A, Bowblis JR, Levin C, Walkup JT, Jan S, Crystal S. *Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression*. *Medical Care* 2007; 45:363-9.

Albarracín G., Rovira J, Carreras L., Rejas J. *Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura*. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36(3):165-176

Aldea MJ. *Revisión actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta*. *Informaciones Psiquiátricas*, 1994, núm. 138 (4 Tr.).

Alderman CP, McCarthy LC; Marwood AC. *Farmacoterapia para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)* RET, *Revista de Toxicomanías*. Nº. 58 - 2009

Almodóvar A, Nogareda C, Fraile A, De la Orden MV, Zimmermann M, Villar MF, et al. *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2003*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2004). Madrid: Accesible en: www.oect.es

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. *Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. 2004a. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum, 55-64.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. *Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004b; 109:47.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of mental Disorders (ESEMeD). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109 (Suppl. 420): 21-7; 38-46.

Álvarez E, Viñas F, et al. *Mirtazapina en combinación*. *Actas Españolas Psiquiatría* 2010; 38 (2):121-128.

Álvarez-Blázquez Fernández F y Autoría múltiple. "Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria". Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009. Álvarez-Blázquez Fernández F, Director. Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, Maqueda Blasco J, Cortés Barragán R, Veiga de Cabo J, coordinadores.

American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)*. *American Journal Psychiatry* 2000; 157 (Suppl. 4):1-45.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (4th ed.)*. *American Journal Psychiatry* 2000. Washington DC: APA.

American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of Patients with Panic Disorder*. Second Edition. *American Journal Psychiatry* 2009; 166 (1 Suppl): 1-90 (*)

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision)*. *American Journal Psychiatry* 2002; 159 (4 Suppl): 1-50 (*)

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. *American Journal Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60. *DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis*. [página web] 2010 [consultado Nov 2011]. Disponible en: <http://www.dsm5.org>

Amick BC 3rd, Kawachi I, Coakley EH, Lerner D, Levine S, Colditz GA. *Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States*. *Scandinavian Journal Work Environ Health*. 1998;24(1):54-61.

Ancoli-Israel S, y Roth T. *Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey I*. *Sleep*, 1999, 22, 347-353.

- Ansseau M, Dierick M, Buntinks F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. *High prevalence of mental disorders in primary care*. Journal of Affective Disorders. 2004; 78: 49-55.
- Ansseau M, Fischler B, Dierick M, et al. *Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study*. European Psychiatry. 2005; 20(3):229-35.
- Appelberg, K. *Alcohol consumption and smoking: Associations with interpersonal conflicts at work and with spouse among 13.869 Finnish employees*. Addiction Research, 1996; 1, 257-267.
- Aquino, K. *Structural and individual determinants of workplace victimation: the effects of hierarchical status and conflict management style*. Journal of Management, 2000, 26(2),171-193.
- Aquino K y Bradfield M. *Perceived victimization in the workplace: the role of situational factors and victim characteristics*. Organization Science,2000, 11(5), 525-537.
- Aquino K, Grover SL, Bradfield M y Allen DG. *The effects of negative effectivity, hierarchical status and selfdetermination on workplace victimation*. Academy of Management Journal, 1999, 42(3), 260-272.
- Aragonès E, Labad A, Piñol JL. *Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud*. Resúmenes de tesis. Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona 2005; **32** (1): 30-37 o Psiquiatría Biológica. 2005; 12 (2):58-61
- Aragonés E, Gutierrez M, Pino M, Lucena C, Cervera J, I GE. *Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria*. Atención Primaria 2001; 27(9):623-8.
- Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. *Somatized depression in primary care attenders*. Journal Psychosomatic Res 2005 Feb; 58(2):145-51.
- Aragonès E, Labad A, Piñol JL. *Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud*. Psiquiatría Biológica. 2005; 12(2):58-61
- Aragonés E, Piñol JL, Labad A. *The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care*. Famacia Practica 2006; 23(3):363-8.
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A. *J Depression and physical comorbidity in primary care*. Psychosom Res 2007 Aug; 63(2):107-11.
- Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Melich N. *Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain*. International Journal Psychiatry Medicine 2004; 34(4):329-343.
- Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdéu RM, Pino M, Cervera J. *Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain*. International Journal Psychiatry Medicine 2004; 34(1):21-35.
- Aramendi Sánchez, José Pablo. *Acoso moral: su tipificación jurídica y su tutela judicial*. Aranzadi Social, núm. 2, Abril 2002, pp.49-86.

Araña SM, et al. *Características, Efectos y Resultados de los Diagnósticos y Prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral*. Financiado por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo 2008a. Programas Nacionales I+D+ i "Salud Mental- Atención Primaria- ILT.

Araña SM, et al. *Regreso al trabajo. Una intervención Bio-Psico-Jurídica-Social-Estratégica necesaria para la resolución de la Incapacidad Laboral Temporal por problemas de Salud mental*. Financiado por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo 2008b. Programas Nacionales I+D+ i "Salud Mental- Atención Primaria- ILT.

Archer, D. *Exploring "bullying" culture in the para-military organisation*. International Journal of Manpower, 1999; 20(1/2), 94-105.

Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. *Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental*. Atención Primaria. 2004; 33:491-5.

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. *Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a metaanalysis*. British Medical C Psychiatry. 2004; 4:37.

Ashforth, B. *Petty tyranny in organizations*. Human Relations, 1994, 47, 755-778.

Artazcoz L, Escribá-Agüir V, Cortés I. *Género, trabajos y salud en España*. Gaceta Sanitaria, 2004; 18 (2), 24-35.

ASF (Consejo Nacional Sueco de seguridad y Salud Laboral. Ordenanza 21/9/1993.

ASF. SWEA Swedish Work Environment of Authority (2003) *Mobbing och trakasserier (Bullying and Persecution)*. Arbetsmiljöverket, Solna. Disponible en: <http://www.av.se/statistik>.

Australian and New Zeland clinical practice guidelines team for the treatment of depression. *Royal Australian and New Zeland Collegue of Psychiatrists Clinical practice Guideline Team for Depression*. Aust NZ Journal Psychiatry 2004: 38:389-407.

Ayuso JL, Gutierrez P, Haro JM, Salvador L, Vazquez FJ, Negrin MA, Chisholm D. *Reducing the burden of mental illness in Spain: Population-level impact and cost-effectiveness of treatments in depression and Schizophrenia*. Bilbao: Fundación BBVA. Economía y Sociedad, 2008.

Ayuso JL, Baca E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz P, Saiz Ruiz J, y Grupo RECOMS. *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España*. Revista Psiquiatría Salud Mental (Barcelona). 2012; 5(1):8---23. Modificada de *Assesment and Prediction of suicide*. Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit IR. The Guildfort Press. New York-London, 1992.

Azcárate Mengual M.A. *Trastorno de estrés postraumático. Daño cerebral secundario a la violencia*. "Mobbing, violencia de género, acoso escolar". 2007. Ed. Díaz de Santos

Baca E, Bulbena A, Domingo A, et al. *El estudio ESEMeD-España: comentarios del Comité Científico Español*. Actas Españolas Psiquiatría 2007:37-8.

Báguena MJ, Amigó S, Beleña MA, Díaz A, Roldán C, María Toldos MP. Mobbing, género y salud. *Informe final (2003-2006)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la mujer). Octubre 2006

Baillien E, Neyens I, De Witte H, y De Cuyper N. (en prensa). *Towards a three way model of Workplace bullying: A qualitative study*. Journal of Community and Applied Social Psychology.

Ballenger JC: *Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety*. Journal of Clinical Psychiatry 1999, 60(Suppl 22):29-34.

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Marshall RD, Nemeroff CB et al. *Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety*. Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65(Suppl 1):55-62.

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC et al. *Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety*. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61(Suppl 5):60-6.

Balloch S, Pahl J, & McLean J. *Working in the social services: Job satisfaction, stress and violence*. British Journal of Social Work, 1998; 28, 329-350.

Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). *Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, First Revision*. World Journal of Biological Psychiatry. 2008; 9(4):248-312.

Barling, J. *The prediction, experience, and consequences of workplace violence*. In G.R. VandenBos & E.Q. Bulatao (Eds). *Violence on the Job 1996*; (p29- 49). Washington, DC: American Psychological Association.

Baron RA y Neuman JH. *Workplace violence and workplace aggression: Evidence on their relative frequency and potential causes*. Aggressive Behavior, 1996; 22(3), 161-173.

Baron RA y Neuman JH. *Workplace aggression - The iceberg beneath the tip of workplace violence: Evidence on its forms, frequency, and targets*. Public Administration Quarterly, 1998; 21(4), 446-464.

Baron RA, Neuman JH, y Geddes D. *Social and personal determinants of workplace aggression: Evidence for the impact of perceived injustice and the Type A behavior pattern*. Aggressive Behavior, 1999; 25(4), 281-296.

Barren O. *Preventing bullying at work. The development of a proactive enforcement approach by an Australian Occupational Health and Safety regulator*. Proceedings from the 5th International Conference on Bullying and Harassment in the Workplace. Dublin: Trinity College; 2006.

Barrett B, Byford S, Knapp M. *Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review*. Journal of Affective Disorders 2005; 84 (1): 1-13.

Bassman, E. *Abuse in the Workplace*. Westport, CT: Quorum Books. 1992

Bausá L. *La imagen del otro en relación a la discapacidad. Reflexiones sobre alteridad*. 2004

<http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/numero3/bausa.asp>

Beate Wiesler, Norebox Reboxetina (British Medical Journal. 14.10.2010 (BMJ;DOY:10.1136/bmj.c4737).

Beck AT, Weisman A, Lester D, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. Journal Consult Clinical Psychology 1974; 42: 861-865.

Becker M. *Mobbing-ein neues Syndrom [Mobbing-a new syndrome - Mobbing: un nuevo síndrome]*. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 1993;22:108-10.

Becker M. *Ruckwege zum Selbstbewußtsein-Ein Beispiel für die Behandlung in der Mobbingklinik [Ways back to self-confidence-an example for the treatment in the mobbing clinic - Formas de regreso a la confianza en sí mismo: un ejemplo para el tratamiento en la clínica de mobbing]*. In H. Leymann (Ed.), *Der neue Mobbing Bericht. Erfahrungen und Initiativen-Auswege und Hilfsangebote*, 1995, pp. 124-44). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. *Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder*. Archive General of Psychiatry. 2010;67 (1):47-57.

Benavides FG, Benach S, Jarque S, Gimeno D, Berra A. *Factores psicosociales y trastornos de salud mental en el medio laboral*. Gaceta Sanitaria. 1999; 13: 9210.

Bianchi, L. *Annalarsi di lavoro.Vessazioni e percusión in ufficio e in azienda*. 2001, Nardo: BESA Editrice.

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. *Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis*. British Journal of Psychiatry 2007; 190:97-104.

Björkqvist K, Österman K, Hjelt-Bäck M. *Aggression among university employees*. Aggressive Behavior. 1994a; 20:173-84

Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz, KMJ. *Sex differences in covert aggression among adults*. Aggressive Behaviour, 1994b; 20, 27-33

Boada J, de Diego R, Agulló E, y Mañas MA. *El absentismo laboral como consecuencia de variables organizacionales*. Psicothema, 2005; 17(2), 212-218.

Bonafons C, Jehel L, Coroller-Béquet A. *Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France*. International Archive Occupational Environ Health. 2009;82(5):663-8.

Bonafons C, Jehel L, Coroller-Bequet A. *Specificity of the links between workplace harassment and PTSD: primary results using court decisions, a pilot study in France [La especificidad de los vínculos entre el hostigamiento en el lugar de trabajo y el TEPT: principales resultados utilizando decisiones judiciales, un estudio piloto en Francia]*. International Archive Occupational Environ Health. 2008 Oct 25 (Epub ahead of print).

Bondolfi G, Aubry JM, Golaz J, et al. *A stepwise drug treatment algorithm to obtain complete mission in depression :a Geneva study*. Swiss Medical Wkly. 2006;136:78-85.

Bostwick JM, Pankratz VS. *Affective disorders and suicide risk: a reexamination*. American Journal Psychiatry. 2000; 157: 1925-32.

Bowling, NA y Beehr, TA. *Workplace harassment from the victims perspective: A theoretical model and metaanalysis*. Journal of Applied Psychology. 2006; 91(5), 998-1012.

Bowling NA, Beehr TA. *Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis*. Journal of Applied Psychology 2006; 9(5):998-1112.

Bowling NA, Beehr TA, Bennett MM, Watson, CP. *Target personality and workplace victimization: A prospective analysis*. Work and Stress 2010; 24(2):140-158.

Brady, C. *Surviving the incident*. In P. Leather, C. Brady, C. Lawrence, D. Beale, & T. Cox (Eds). *Work-Related Violence: Assessment and Intervention 1999* (p52-68). London: Routledge.

Brawman-Mintzer O. *Pharmacologic Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. The Psychiatric clinics of North America. 2001;24(1):119.

Brodsky, CM. *The harassed worker*. Lexington Books, DC Health and Company, Toronto; 1976

Brousse G, Fontana L, Ouchchane L, Boisson C, Gerbaud L, Bourguet D et al. *Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying*. Occupational Medicine 2008; 58(2):122-128.

Buitrago F, et al. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud- Recomendaciones del PAPPS – Salud Mental*. Atención Primaria. 1999, vol 24, Suppl 1, 133-192

Buitron JM, Cleros M., Gracia J. *Trastornos mentales" del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto?* Revista Norte de salud mental, 2011, vol. IX, nº 41: 13-26.

Burke, RJ y Nelson, D. *Mergers and acquisitions, downsizing, and privatization: A North American perspective*. En M. K. Gowing, J. D. Kraft y J. C. Quick (Eds.), *The New organizational reality: Downsizing, restructuring, and revitalization* (21-54). 1998, Washington, D.C.: American Psychological Association

Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, Gómez-Utrero E, Romera I, Gilaberte I. *Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care*. Psychosomatics 2008 Nov-Dec; 49 (6):520-9.

Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. *Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO*. Actas Españolas de Psiquiatría, 2008, 36 (0)

Caballero L, Bobes J, Vilardaga.I, Rejas.J. *Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO*. Actas Españolas de Psiquiatría 2009; 37(1):17-20

Cabarcos MA, Vázquez P, Picón-Prado E, *Un estudio empírico sobre las características distintivas de las víctimas de mobbing*. López. Universidad de

Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España Revista Mexicana de Psicología, Diciembre 2008 Volumen 25, Número 2, 223-235.

Cacho C. *Una aproximación al coste que supone el mobbing en la intervención general del estado y en la agencia estatal de administración tributaria*. Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales, Nº 13, Sección Dossier, febrero 2005.

Calvo E. et al, *Duración de la Incapacidad Temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles*. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Premio FIPROS 2009/5.

Camps del Saz, P., Martín, D. F. y Pérez, B. J. *Hostigamiento psicológico en el trabajo: el mobbing*. Salud y Trabajo, 1996; 118, 10-14.

Canadian Psychiatric Association (CPA). Clinical Practice Guidelines. Management of Anxiety Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, 2006.

Cano A. *El impacto de la ansiedad*. Revista Española de Economía Salud, 2003, 2, 70-72.

Cano A, Dongil E, y Wood CM. *Artículo. Fármacos antiestrés*. Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Número 35. Octubre 2011.

Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. *Antidepressant medication and suicide in Sweden*. Pharmacoepidemiol Drug Safety. 2001; 10:525---30

Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, Krystal AD. *A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder*. Journal of Clinical Psychiatry. 2007;68(2):254-260.

Carretero N, Director Gil-Monte P. *Validación empírica de un modelo psicosocial del acoso psicológico en el trabajo (mobbing)*. Tesis Doctoral. Valencia, 2010. Facultat de Psicologia. Universitat de València.

Carrión MA. *Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral*. Tesis doctoral. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. ISBN:978-84-691-0207-7/DL: T.2199-2007

Casajuana J, y Romea, S. *Resultados clínicos de la Atención Primaria*. In V. Navarro López, A. Martín-Zurro & C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas 2009* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.

Casilli, A. *Stop mobbing. Resistere alla violenza psicologica sul luogo di lavoro*. 2000, Roma: Derive Approdi.

Casper RC, Katz MM, Bowden CL, Davis JM, Koslow SH, Hanin I. *The pattern of physical symptom changes in major depressive disorder following treatment with amitriptyline or imipramine*. Journal of Affective Disorders. 1994;31(3):151-164.

Castillo, DN. *Non-fatal violence in the workplace: Directions for future research*. In C.Block & R.Block (Eds). *Trends, Risks and Interventions in Lethal Violence: Proceedings of the Third Annual Spring Symposium of the Homicide Research Working Group 1995*, (p225-235), Washington, DC: US Department of Justice.

Cartwright S & Cooper CL. *Managing Workplace Stress*. London: Sage Publications, Inc. 1997

Cazorla AI, Bueno K, Cristobal E, Maqueda J; Rodríguez B. *Estrés en el trabajo, un problema de salud en la estrategia europea de seguridad y salud en el trabajo: la situación de España en Europa*. Díaz M A, Medicina y Seguridad del Trabajo Diciembre. 2004; 197; 8-14. 4.

Cazorla AI, Díaz MA, Bueno K, López C, Maqueda J; Rodríguez B. *Morbilidad laboral percibida, exclusión y violencia en el trabajo: la situación de España en Europa*. Medicina y Seguridad del Trabajo septiembre. 2004; 196; 7-12

Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. *Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study*. 2007a. Actas Españolas de Psiquiatría, 35 Suppl 2, 29-36.

Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. *Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study*. 2007b. Actas Españolas de Psiquiatría, 35 Suppl 2, 21-28.

Comisión de las comunidades europeas (COM). Comunicación de la comisión europea. Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). Bruselas 11.03.2002. COM (2002) 118 final.
<http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/estrategiaSalud.pdf>

Consenso sobre el TAG realizado por la sociedad española de psiquiatría y la sociedad española de psiquiatría biológica, (Diario Médico, 2011):

Cortes I, Fernández R. *El sistema de vigilancia de trastornos de salud relacionados con el trabajo de Catalunya*. Archivo Prevención Riesgos Laborales 2010; 13 (2): pp.69-71.

Coyne I, Seigne E & Randall P. *Predicting workplace victim status from personality*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2000; 9 (3), 335-349.

Cooper CL, Liukkonen P, & Cartwright S. *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits for Organisations*. Dublin, Ireland: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1996

Coryell W, Young EA. *J Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder*. Journal of Clinical Psychiatry. 2005; 66: 412-7.

Cowie, H., Naylor, P., Rivers, I., Smith, P. K. y Pereira, B. *Measuring workplace bullying*. 2002. Aggression and Violent Behavior, 7, 33-51.

Cox T, Griffith A, Rial-Gonzalez, E. *Research on Work-related stress*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. 2000

Coyne I, Seigne E, & Randall P. *Predicting workplace victim status from personality*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2000; 9(3), 335- 349.

Coyne, I, Smith-Lee Chong, P, Seigne E, Randall P. *Self and peer nominations of bullying: An analysis of incident rates, individual differences, and perceptions of the working environment*. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2003; 12(3):209-228.

Cremer M. *Posttraumatic stress disorder following violence and aggression*. *Aggression and Violent Behavior*, 2000 5 (5), 431-449.

Cuijpers P, Smith F., Oostembrink J, De Graaf R, Ten Have M, Beekman. *Economic costs of minor depression; a population-based study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115 (2007).

Chappel D, y Di Martino V. *Violence at work*. 1998. Geneva: International Labour Organisation Working (ILO).

Charney DS, Deutch AY, Krystal JH, Southwick SM, Davis M. *Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder*. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(4):294-306.

Chellappa SL, Arujo JF. *Sleep Disorders and Suicidal ideation in patients with depressive disorder*. *Psychiatric Res*. 2007; 153:131-136.

CIE- 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992. Organización Mundial de la Salud.

Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP, Ames, IA. *Mobbing: emotional abuse in the American workplace [Mobbing: abuso emocional en el lugar de trabajo estadounidense]*. Civil Society Publishing; 1999.

Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP, Ames, IA. *Mobbing: emotional abuse in the American workplace [Mobbing: abuso emocional en el lugar de trabajo estadounidense]*. Civil Society Publishing; 1999

Davidson MJ y Cooper CL. *Shattering the glass ceiling*. 1992 London: Paul Chapman.

Davidson JR, Meltzer-Brody SE. *The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?*. *Of Journal Clinical Psychiatry* 1999; 60 Suppl 7:4-9; discussion 10-1.

Dawn J, Cowie H, y Ananiadou, K. *Perceptions and experience of workplace bullying in five different working populations*. *Aggressive Behavior*, 2003; 29, 489-496.

De Rivera L. *El Maltrato Psicológico. Como defenderse del bullying, mobbing y otras formas de acoso*. Publicaciones Altaria. 2011.

De la Gándara J, et al. *Asociaciones de antidepressivos: resultados de una encuesta de opinión de psiquiatras españoles*. *Psiquiatría Biológica* 2002; 9(5):184-90

De la Gándara J, Agüera L, Rojo E, Ros S (Grupo GEAA). *Algorithm for the Management of treatment-resistant depressions based on the antidepressants combination*. *European Neuropsychopharmacology* 2008; 18 (Suppl 4): 328.

Demyttenaere K, Verhaeghen A, Dantchev N, Grassi L, Montejo AL, Perahia DG, Quail D, Reed C, Tylee A, Bauer M. *"Caseness" for Depression and Anxiety in a Depressed Outpatient Population: Symptomatic Outcome as a Function of Baseline Diagnostic Categories*. *Prim Care Companion Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 11(6):307-315.

Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació. *Estudio de la prevalencia de la depresión mayor y otros trastornos mentales en la Atención*

Primaria de Salut. Catalunya 2006 (DASMAP). Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Catàleg d'actuacions NO farmacològiques en Salut Mental a l'Atenció Primària*. Institut Català de la Salut. Novembre 2011.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 1a edició: *Mortalitat per diferents causes i categories d'edat. Indicadors de salut laboral a Catalunya*. Barcelona, octubre de 2008.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. *Estudi costos i càrrega de la depressió a Catalunya (costdep-2006)*. Pla director de salut mental i addiccions, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Primera edició: Barcelona, març de 2011

Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. *Riesgo Psicosocial. Guía para la buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial*. 2006. Accesible en: www.gencat.cat/salut/dep Salut

Deveugele M, Derese A, van den BrinkMuinen A, Bensing J, & Maeseneer JD. *Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries* (2002). *British Medical Journal*, 325, 1-6.

Dick G, & Rayner Ch. *Exploring the workplace bullying construct: An evidence based approach*. Kent: Canterbury Business School. 2004. Working Paper No 51.

Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. *Preventing violence and harassment in the workplace* (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2003.

Di Martino V & Pujol J. *The SafeWork Training Package on Drugs and Alcohol, Violence, Stress, Tobacco and HIV/AIDS*. International Labour Organisation Working Paper, August 2000.

Di Matteo MR, Lepper HS, Croghan TW. *Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence*. *Arch Intern Med*. 2000; 160(14):2101-7.

Domínguez M, Láinez M, Palacios G, Arriaza E, Garcia M, Rejas J. *Productividad Laboral relacionada con la salud en una población laboral: Resultados del estudio IMPALA*: Med Segur Trab 2005; Vol LI Nº 200:

Dorman, P. *The Economics of Safety, Health and Well-being at Work: An Overview*. Geneva: International Labour Organization. 2000

DSM-IV- TR Cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson; 2003. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. Está confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Su propósito es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, para que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

- Duffy M, Ganster DC y Pagon M. *Social undermining in the workplace*. Academy of Management Journal, 2002; 45(2), 331-351.
- Duffy M. *Workplace mobbing: individual and family health consequences [Acoso psicológico en el lugar de trabajo: consecuencias para la salud individual y familiar]*. The Family Journal. 2007; 15:398-404.
- Echebúrua E. *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Colección psicología. Manuales prácticos de Tratamiento. Psicología*. Pirámide. 2004. Catedrático de psicología Clínica de la Universidad del País Vasco.
- Echebúrua E, Corral P, Amor P. Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta* 2001, vol 27 116.
- Echebúrua E, Corral P, Amor P, Zubizarreta y Sarasua, página 119 del libro *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. COLECCIÓN psicología. Manuales prácticos de Tratamiento* 1997.
- Ege, H. *Mobbing. Che cos'è il terrore psicologico sull posto di lavoro (What is psychological terror on the job?)*. 1996. Bologna: Pitagora Editrice.
- Ege, H. *Mobbing. New perspectives and results from an italian investigation*. 2002. Bolonia, Italia: Pitagora Editrice.
- Einarsen, S. *Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects*. 1996. Unpublished Doctoral dissertation, University of Bergen, Bergen.
- Einarsen, S. *The nature and causes of bullying at work*. *International Journal of Manpower*. 1999; Vol 20 Issue (1/2), 16-27.
- Einarsen, S. *Bullying and harassment at work: unveiling an organizational taboo*. In M. Sheehan, S. Ramsey and J. Partick (eds), *Transcending boundaries. Integrating people, processes and systems*. 2000a. Brisbane: The School of Management, Griffith University.
- Einarsen, S. *Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach*. 2000b. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 379-401.
- Einarsen, S y Hauge, L. *Antecedents and consequences of workplace mobbing: a literature review. Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura*. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2006, vol. 22; 3; 251-273.
- Einarsen, S y Hoel, H. *The Negative Acts Questionnaire: Development, validation and revision of a measure of bullying at work*. 2001. Paper presented at the 10th European Congress of Work and Organizational Psychology, Praga.
- Einarsen S, Hoel H, Notelaes G. *Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised*. *Work and Stress* 2009, 23, 24-44
- Einarsen, S, Hoel, H, Zapf, D y Cooper, CL. *The concept of bullying at work. The European tradition*. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, y C. L. Cooper (Eds.). *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. 2003. (pp. 3-30). Londres: Taylor & Francis.

Einarsen, S, Hoel, H, Zapf, D y Cooper, CL. *The concept of bullying at work and harassment at work The European tradition. Bullying and harassment in the workplace. Development in theory, research and practice*. 2011. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, y C. L. Cooper (Eds.), (pp. 3-40). Londres: Taylor & Francis.

Einarsen, S, Matthiesen, SB & Skogstad, A. *Bullying, burnout and well-being among assistant nurses*. The Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand, 1998; 14, 563-568.

Einarsen, S, Mikkelsen, EG. Individual effects of exposure to bullying at work. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London: Taylor and Francis 2003, pp 127-144.

Einarsen S, Raknes BI. *Bullying at work*. Research centre for occupational health and safety. University of Bergen, Norway. 1991.

Einarsen S, Raknes BI. *Harassment in the workplace and the victimization of men*. Violence Victime. 1997; 12:247-63.

Einarsen S, Raknes BI, Matthiesen SB. *Bullying and harassment at work and their relationships to work environment quality: An exploratory study*. Número especial de The European Work and Organizational Psychology, 1994; 4(4):381-401.

Einarsen S, Skogstad A. *Bullying at Work: Epidemiological Findings in Public and Private Organizations*. *Mobbing and Victimization at Work*. Número especial de The European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5(2):185-201

Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. *Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health*. American Journal Public Health. 2002;92(1):105-8.

Escartín J, Arrieta C y Rodríguez-Carballeira A. *"Mobbing" o acoso laboral: revisión de los principales aspectos teórico-metodológicos que dificultan su estudio*. Actualidades en Psicología, 23-24, 2009-2010, 1-19

Escartín J, Rodríguez A, Gómez J, Zapf D. *Development and validation of the Workplace Bullying Scale (EAPA-T)*. 2010. International Journal of Clinical and Health Psychology 10 (3), 519-539.

Escartín J, Rodríguez A, Zapf D. *Mobbing. Acoso psicológico en el trabajo. Guías de intervención*. 2012. Madrid. Ed Síntesis

ESEMeD/MHEDEA2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004;109Suppl420:38-46.

Espeie, C.A. *Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence and treatment of sleep disorder in adults*. Annual Review of Psychology, 2002; 53, 215-243.

Espino A, et al. *Delimitación de los aspectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo*. Financiado por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo 2008. Fomento de la investigación de la protección social (FIPROS).

Etzion D, Eden D y Lapidot, Y. *Relief from job stressors and burnout: Reserve service as a respite*. Journal of Applied Psychology, 1998; 83, 577-585.

European Pact for Mental Health and Well-being. 2008 [consultado Ene 2012]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

Fava M. *Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression*. Journal of Clinical and Health Psychiatry. 2004;65(Suppl 16):27-32.

Fava M, Rosenbaum JF, Hoog SL, Tepner RG, Kopp JB, Nilsson ME. *Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depression: tolerability and efficacy in anxious depression*. Journal of Affective Disorders. 2000; 59:119-26.

Fava M, Rankin MA, Wright EC, et al. *Anxiety disorders in major depression*. Compr Psychiatry 2000; 41:97-102.

FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) *Afrontando la realidad del suicidio orientaciones para su prevención*. 2006. accesible por www.feafes.com.

Felson RB. *Kick'em when they're down': Explanations of the relationships between stress and interpersonal aggression and violence*. Sociological Quarterly, 1992; 33, (1), 1-16.

Fernanda M^a. *Trastornos psicosociales: salud mental en el trabajo*. Revista Ciencia y trabajo, nº 14, octubre/diciembre 2004.

Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL, Fullana MA, Alonso J. *Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain*. Journal of Affective Disorders 2006; Nov 96 (1-2): 9-20.

Fernández, A, Haro, JM, Martínez-Alonso, M, Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., et al. *Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries*. British Journal of Psychiatry, BJP 2007, 190:172-173

Fernández J y Garrido E. *Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2002.

Ficha técnica, Bupropión de liberación sostenida (Elontril[®]). Agencia Española del Medicamento.

Ficha técnica, Duloxetina (Cymbalta[®]). Agencia Española del Medicamento.

Ficha técnica, Mirtazapina (Rexer[®]). Agencia Española del Medicamento.

Ficha técnica, Quetiapina (Psicotric[®]). Agencia Española del Medicamento.

Fidalgo A, Piñuel I. *La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing*. Psicothema.2004; 16(4):615-24.

Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A. *Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence*. American Journal of Orthopsychiatry. 2005; 75:676---83.

Frank, JD. *Further Explorations in Social Psychiatry*. Basic Books, NY, 1976, pág 111.

Fricchione G. *Clinical practice. Generalized anxiety disorder*. N Engl J Med 2004; 351:675-82.

Fuertes, JC. *Acoso laboral iMobbingi Psicoterrorismo en el trabajo*. 2004.Madrid: Arán.

Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. *Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria*. Aten Primaria 2002 Apr; 29:329-37.

Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernandez A, Pinto-Meza A, et al. *Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project*. Journal of Affective Disorders. 2010;120 (1-3):76-85.

Gandolfo R. *MMPI-2 profiles of worker's compensations claimants who present with complaints of harassment*. Journal of Clinical Psychology, 1995; 51, 711-715

García J, Ayuso JL, Caballero L, Romera I, Aragones E, Rodriguez F, Quail D, Gilaberte I. *Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depression disorder seeking primary health care in Spain*. Primary care companion Journal Clinic Psychiatry, 2008; 10 (5): 335-362.

García-Campayo J, Caballero F, Perez M, López V. *Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP*. Actas Españolas de Psiquiatría 2012; 40(3):105-13

García de Jalón E, Peralta V, Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. *Suicidio y riesgo de suicidio. Suicide and risk of suicide*. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona Edit. Masson. Actas Españolas de Psiquiatría 2002; 30: 112-119. 7.

García del Pozo J, de Abajo FJ, Carvajal A, Montero D, Madurga M, García del Pozo V. *The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002)*. Revista Española de Salud Pública 2004;78:379-87.

Gastó C. *Uso clínico de los antidepresivos*. En: Alvarez R, Gastó C. Sintomatología depresiva en Atención Primaria (2008a). Ed Médica Books, Barcelona

Gastó C. *Utilidad de los algoritmos en la práctica clínica*. En: Alvarez R, Gastó C. Sintomatología depresiva en Atención Primaria (2008b). Ed Médica Books, Barcelona

Gérvas J, Ruiz Á y Pérez M. *La Incapacidad Laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión*. Documento de trabajo 85/2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

Gilioli R, Campanini P, Fichera GP, Punzi S, Cassitto MG. *Emerging aspects of psychosocial risks: violence and harassment at work*. Medical Lavore. 2006;97(2):160-4.

Gimeno D, Benavides F G, Benach J, Jarque S, Cambra S, Devesa J. *Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral?*. Med Clin (Barc). 2001; 116: 493-495.

Girardi P, Monaco C, Prestigiacomio C, et al. *Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing [Personalidad y perfiles psicopatológicos en personas expuestas a mobbing]*. Violence Victime. 2007; 22:172-188.

Global Burden of Disease: 2004 update. Geneve: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2008. *Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates. World Health Organization, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>.*

Goldberg D. *Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiology Review* 1995; 17 (1): 182-190.

González D, Delgado S. *Acoso psicológico en el lugar de trabajo, burnout y psicopatología. Un estudio piloto con el BSI y el MBI*. Boletín de Psicología, No. 94, Noviembre 2008.

González D, Delgado S. *El acoso psicológico en el lugar de trabajo. Antecedentes organizacionales*. Boletín de Psicología, No. 93, Julio 2008, 7-20

González VM, De Cabo MA, Martín C, Franco MA. *El mobbing. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo*. Retos en la salud mental del siglo xxi en atención primaria. International marketing & communications, s.a. 2004

González de Rivera JL. *El síndrome de acoso institucional*. 2000, Julio. Diario médico.

González de Rivera JL. *La valoración médico-legal del mobbing o acoso laboral*. Psiquis, 2003; 24 (39): pp.107-114.

González De Rivera JL y Rodríguez-Abuín MJ. *Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: un estudio con el LIPT-60 y el SCL-90-R*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2006; 22(3), 397-412

González-de-Rivera JL y Rodríguez-Abuín MJ. *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española*. Psiquis. 2003; 24(2):59-69.

González-de-Rivera JL y Rodríguez-Abuín MJ. *Cuestionario de Estrategias de Acoso en Trabajo.El LIPT-60*. Editorial EOS; Madrid, 2005.

González JL, Salazar E, Tejero E, Navarro A. *Conflictividad laboral y patología psiquiátrica. Repercusiones en incapacidad temporal y patología psiquiátrica*. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5071>. Accessed 04/01/2012.

Gordon F & Rislely D. *The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995/6*. Second Edition, HSE. London: HSE Books. 1999

Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. (GuíaTDM) Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t Nº 2006/06.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (GuíaANS). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. (GuíaINS) Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. UETS Nº 2006/10.

Guía de Prescripción Terapéutica (GPT) del Ministerio de Sanidad, 2010 Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios Fecha de última actualización: 18 de junio de 2008 © 2010 Pharma Editores, S.L. ©

Guastella A, y Moulds M. *The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event*. Personality and Individual Differences, 2007; 42, 1151-1162

Gutierrez A y Mugarra I. *Impacto económico del acoso psicológico laboral-mobbing-en la CAPV*. En <http://huespedes.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/>

Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. *Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis*. British Medical Journal. 2003; 326: 1008.

Halford S, Leonard P. *Gender, Power and Organisations*. Basingtoke: Palgrave Publishers. 2001.

Hämmig et al. *Work-life conflict and musculoskeletal disorders: a cross-sectional study of an unexplored association*. BMC Musculoskeletal Disorders 2011, 12:60

Hansen AM, Hogh A, Persson R, Karlson B, Garde AH, Ørbaek P. *Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response*. Journal Psychosom Res. 2006;60(1):63-72.

Haro JM, Palacín C, VilagutG, GrupoESEMeD-España, et al. *Prevalence of mental disorders and associated factors:results from the ESEMeD-Spain study*. Med Clin(Barc).2006;126:445-451.

Harris EC, Barraclough BM. *Suicide as an outcome for medical disorders*. Medicine (Baltimore). 1994; 73: 281- 96.

Harvey, AG. *A cognitive model of insomnia*. Behaviour Research and Therapy, 2002; 40, 869-894.

Harvey S, Keashly L. *Emotional abuse: how the concept sheds light on the understanding of psychological harassment (in Québec)*. Pistes. 2005;7(3).

Healey ES, Kales A, Monroe LJ et al. *Onset of insomnia: role of life-stress events*. Psychosom Med. 1981; 43: 439-451.

Hemingway H, Marmot M. *Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies*. British Medical Journal. 1999;318(7196):1460-7.

Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. *Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms*. Psychol Med 2002 Jul; 32: 889-902.

Hidalgo AM, Piñuel I. *La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing*. Psicothema 2004. Vol. 16, nº 4, pp. 615-624. www.psycothema.com.

Hirigoyen MF. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós; 1999.

Hirigoyen, MF. *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*. Ediciones Paidos Ibérica, S.A., Barcelona, 2001

Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. *The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression*. JAMA 1997; 277:333-40.

Hoel H y Cooper CL. *Destructive conflict and bullying at work*. Manchester: Manchester School of Management, University of Manchester Institute Science and Technology (UMIST), Manchester. 2000a

Hoel H y Cooper CL. *Working with victims of workplace bullying*. In H.Kemshall & J.Pritchard (Eds) *Good Practice in Working with Victims of Violence*. (p101-118). London: Jessica Kingsley Publishers. 2000b

Hoel H, Cooper CL, Faragher B. *The experience of bullying in Great Britain: The impact of organizational status*. The European Journal Work and Organizational Psychology. 2001;10:443-66.

Hoel H, Einarsen S. *Shortcomings of antibullying regulations: the case of Sweden*. Eur J Work Org Psych. 2010; 19(1):30-50.

Hoel H, Einarsen S, Cooper CL. *Organisational effects of bullying*. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf y C. L Cooper (Eds.). *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 203-218). 2003. Londres: Taylor y Francis.

Hoel H, Rayner C, Cooper C. *Workplace bullying*. En: Cooper C, Robertson IT (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 14. Chichester: Wiley; 1999.

Hoel H y Salin D. *Organizational antecedents of bullying*. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf y C.L. Cooper (Eds.): *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. 2003. London: Taylor and Francis.

Hoel H, Sparks K, Cooper C. *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stressfree work environment*. 2003. Informe comisionado por la

International Labour Organization (ILO), Institute of Science and Technology (University of Manchester).

Hofstede G. *Cultures Consequences: International differences in work related values*. Newbury Park, CA: Sage. 1980

Horton R. *Vioxx, the implosion of Merck, and aftershocks at the FDA*. *Lancet* 2004; 364: 1995-6.

Hubert AB and van Veldhoven M. *Risk sectors for undesired behaviour and mobbing*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2001; 10, 415-424.

Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud (ITSNS). Volumen 35, Nº 4/2011 (Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad)

Instituto Nacional de Estadística. *Defunciones según la causa de muerte*. Disponible en: <http://www.ine.es/>

Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions-towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press; 1992.

Jansson M y Linton SJ. *Psychosocial work stressors in the development and maintenance of insomnia: A prospective study*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2006 11, 241-248.

Jeans Christtensen A, Sherbourne CD; et al. *In Search of mixed anxiety-depressive disorder a primary care study*. *Depression and Anxiety*. 23 : 183-189

Jennifer D, Cowie H, Ananiadou K. *Perceptions and experience of workplace bullying in five different working populations*. *Aggressive Behavior*, 2003; 29, 489-496.

Johnson P, Indvik J. *Workplace violence: an issue of the nineties*. *Public Personnel management*. 1994, 23 (4), 515-523.

Kales A y Kales JD. *Evaluation and treatment of insomnia*. 1984. Oxford University Press: New York.

Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. *Antidepresivos para el trastorno de ansiedad generalizada (revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, número 1. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2006. Número 1. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.), 26 de febrero de 2003.

Kasl SV y Cooper CL. (eds.). *Stress and health: Issues in research methodology*. 1987, New York: Wiley.

Katerndahl DA. *Problemas conductuales y psiquiátricos*. En: Taylor RB, editor. *Medicina de familia, principios y práctica*. 5.a ed. New York: Springer; 1995. p. 289-331

Katz DA, McHorney C. *The relationship between Insomnia and health related quality of life in patients with chronic illness*. *Journal Family Practice*. 2002; 51(3):229-235.

Kauppinen T, Aaltonen M, Lehtinen S, et al. *Work and health in Finland*. Helsinki 1997.

- Kaukianen A, Salmivalli C, Bjorkqvist K, Osterman K, Lahtinen A, Kostamo A, & Lagerspetz K. *Overt and covert aggression in work settings in relation to subjective well-being of employees*. *Aggressive Behavior*, 2001; 27, 360-371.
- Keashly L. *Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues*. *Journal of Emotional Abuse*. 1998; 1, 85-117.
- Keashly L y Harvey S. *Emotional abuse at work*. In P. Spector & S. Fox (Eds.), *Counterproductive workplace behavior: An integration of both actor and recipient perspectives on causes and consequences*. 2004, pp. 201-236. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keashly L y Jagatic K. *Workplace Abuse and Aggression*. Paper presented at the American Public Health Association Conference, Chicago, IL, November 10, 1999.
- Keashly L y Jagatic K. *The nature, extent, and impact of emotional abuse in the workplace: Results of a statewide survey*. 2000. Paper presented at the Academy of Management Conference, Toronto, Canada.
- Keitner GI, Solomon DA, Ryan CE. *STAR*D: have we learned the right lessons?*. *American Journal Psychiatry* 2008; 165 (1): 133.
- Keller MB. *Past, present and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond..* *JAMA*. 2003;289:3152-60.
- Kessler D, Lloyd K, Lewis G, et al. *Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care*. *British Medical Journal*. 1999;318(7181):436-9.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
- Kessler RC, Wittchen HU. *Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples*. *Journal Clinical Psychiatry* 2002; 63(Suppl. 8):4-10.
- Kistner, T. *Mobbing, wo andere leiden, hört der spass auf*. 1997. Industriegewerkschaft Metall: Frankfurt.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. *Workplace bullying and sickness absence in hospital staff*. *Occupational Environ Medicine*. 2000;57(10):656-60.
- Kivimaki M, Vahtera J, Griffiths A, Cox T, Pentti J. *Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline*. *Journal of Applied Psychology*, 1997, 82, 858-872.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas L. *Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression*. *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 60:779-783
- Knorz C, Zapf D. *Mobbing-eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz [Mobbing-an extreme type of social stressors at the work place - Mobbing: un tipo extremo de estresores sociales en el lugar de trabajo]*. *Zeitschrift fUr Arbeits- & Organisationspsychologie*, 1996; 40:12-21.

Koskenvuo M, Kaprio J, Rose RJ, Kesäniemi A, Sarna S, Heikkilä K, Langinvainio H. *Hostility as a risk factor for mortality and ischemic heart disease in men*. Psychosom Med. 1988;50(4):330-40.

Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla- Dedieu C, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. *Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries*. Psychiatric Services 2007; 58 (2): 213-220.

Kreiner B, Sulyok C, Rothenhäusler HB. *Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality*. Neuropsychiatric. 2008; 22(2):112-23.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. *Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection*. Annals of Internal Medicine. 2007; 146 (5):317-25.

Kupfer D. *Long-term treatment of depression*. Journal Clinical Psychiatry. 1991;52 Suppl 5:28-34.

Kupfer DJ, Frank E. *Comorbidity in depression*. 2003. Acta Psychiatrica Scandinavica, 108 (Suppl 418).

Lahelma E, Lallukka T, Laaksonen M, Saastamoinen P, Rahkonen O. *Workplace bullying and common mental disorders: a follow-up study*. J Epidemiol Community Health 2012; 66:e3. doi:10.1136/jech.2010.115212

Lara MC, Medina ME, Borges G, Zambrano J. *Social cost of mental disorder: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology*. Salud Mental 2007 vol 30, nº 5, septiembre- Octubre.

Latorre JM, López-Torres J, Montañés J, y Parra M. *Percepción de la demanda y necesidad de formación de los médicos de atención primaria en salud mental*. 2005. Atención Primaria, 36, 85-92.

Latorre JM, López-Torres J, Sánchez-Núñez T, Serrano JP, Montañés J, y Escobar F. *Primary care doctors' perception of treatment demand and need for training in drug addiction issues*. (2007). Primary Care & Community Psychiatry, 12, 33-41.

Leather P, Lawrence C, Beale D, Cox T, & Dixon R. *Exposure to occupational violence and the buffering effects of intra-organizational support*. Work and Stress, 1998; 12, 161-178.

Leger D, Allaert FA, Massuel MA. *Attitude toward insomnia: survey of 6043 French general practitioners*. Presse Med. 2005; 34:1358-1362.

Lemert H. *Human Deviance: Social Problems and Social Control*. 1962. Englewoods Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall

Levi L & Lunde-Jensen P. *A Model for Assessing the Costs of Stressors at National Level: Socio-Economic Costs of Stress in Two EU Member States*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1995

Leyman H. *Vuxenmobbing-om psykiskt våld i arbetslivet [Mobbing-psychological violence at work places - Mobbing: violencia psicológica en los lugares de trabajo]*. 1986. Lund: Studentlitteratur.

Leymann, H. *Sjålvmod till följd av förhållanden i arbetsmiljön [Suicide and conditions at the work place - Suicidio y condiciones en el lugar de trabajo]*. Arbete, människa, miljö, 1987, 155-160.

Leymann H. *Sjålvmod till följd av förhållanden i arbetsmiljön [Suicide and conditions at the work place - Suicidio y condiciones en el lugar de trabajo]*. Arbete, människa, miljö, 1987;3:155-60.

Leymann H. *Handbok för användning av LIPT -formuläret för kartläggning av risker för psykiskt våld i arbetsmiljön [The LIPT questionnaire-a manual - El cuestionario LIPT: un manual]*. 1990a. Stockholm: Viten.

Leymann H. *Mobbing and psychological terror at workplaces [Mobbing y terror psicológico en los lugares de trabajo]*. Violence and Victims, 1990b; Summer 5(2):119-26.

Leymann H. *Vuxenmobbing på svenska arbetsplatser. En rikstäckande undersökning med 2.428 intervjuer [Mobbing at Swedish workplaces-a study of 2428 individuals: Frecuencias / Mobbing en lugares de trabajo suecos - un estudio de 2,428 personas: Frecuencias (Delrapport 1 om frekvenser.)* 1992a, Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.

Leymann H. *Frdn mobbing till utslagning i arbetslivet [From mobbing to expulsion in work life - Del mobbing a la expulsion en la vida laboral]*. 1992b. Stockholm: Publica.

Leymann H. *Manligt och kvinnligt vid vuxenmobbing. En rikstäckande undersökning med 2428 intervjuer [Gender and mobbing-a study of 2428 individuals - Género y mobbing: un estudio de 2428 individuos]*. (Delrapport 2.) 1992c. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.

Leymann H. *Psykiatriska hälsoproblem i samband med vuxenmobbing. En rikstäckande undersökning med 2428 intervjuer [Psychiatric problems after mobbing-a study of 2428 individuals - Problemas psiquiátricos después del mobbing: un estudio de 2428 individuos]*. (Delrapport 3.) 1992d. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.

Leymann H. *Öetisk kommunikation i partiarbetet [Unethical communication in political parties - Comunicación inmoral en partidos políticos]*. 1992e. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.

Leymann H. *En svag grupp:s psykosociala arbetsvillkor i Sverige [The psychosocial work condition of a group of handicapped workers in Sweden - La condición psicosocial de trabajo de un grupo de trabajadores con discapacidad en Suecia]*. 1992f. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen

Leymann, H. *Marketing für qualifizierte Maßnahmen zum Abbau von psychischem Terror am Arbeitsplatz [Marketing of measures against psychoterror at work places - Comercialización de las medidas contra el psicoterror en los lugares de trabajo]*. In H. Geißler (Ed.), *Bildungsmarketing. Band 4 Serie Betriebliche Bildung-Erfahrungen und Visionen*. 1993a. Frankfurt a.M. : Peter Lang Verlag.

Leymann, H. *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann [Mobbing-psychoterror at work places - Mobbing: psicoterror en los lugares de trabajo]*. 1993b Reinbek: Rowohlt Verlag.

Leymann, H. Atiologie und Häufigkeit von Mobbing am Arbeitsplatz--eine Übersicht über die bisherige Forschung [Etiology and frequency of mobbing at work-a research review Etiología y frecuencia del mobbing en el trabajo: una revisión de la investigación]. 1993c; *Zeitschrift für Personalforschung*, 7, 271-283.

Leymann, H. *Mobbing und Psychoterror an Arbeitsplatz* [Mobbing and psychoterror at workplaces - Mobbing y psicoterror en los lugares de trabajo] (Videotape). 1995a. Wien: Verlag des OGB.

Leymann, H. *Begleitmaterial zum Mobbing-Video* [Information material for the mobbing video - Material informativo para el video sobre mobbing]. 1995b Wien: Verlag des OGB.

Leymann, H. *Hur sjuk blir man av kränkande siirbehandling i arbetslivet? Viagnosstatistik över posttraumatisk stress belas-tning (PTSV) från de första 64 patienterna hos Sveriges RehabCenter AB Violen* [How ill does one become through mobbing at work? - ¿Cómo se enferma uno través del mobbing en el trabajo?]. 1995c Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.

Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail*. Paris: Seuil; 1996a.

Leymann, H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996 b; 5:165-184.

Leymann, H. & Gustavsson B. *Psykiskt våld i arbetslivet. Två explorativa undersökningar* [Psychological violence at work places. Two explorative studies - Violencia psicológica en los lugares de trabajo. Dos estudios exploratorios]. (Undersökningsrapport 42.) 1984. Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.

Leymann H, Gustafsson A. *Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders* [Mobbing en el trabajo y el desarrollo de trastornos por estrés postraumático]. Universidad de Umeå, Suecia. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5 (2) 251-275.

Lieb R, Becker E, Altamira C. *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:445-52.

Liefooghe, APD y Mackenzie Davey, K. *Accounts of workplace bullying: The role of the organization*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2001; 10: 375-392.

Liefooghe AP y Olafsson R. "Scientists" and "amateurs": mapping the bullying domain. *International Journal of Manpower*, 1999; 20, (1/2), 39-49.

Lichstein KL y Rosenthal TL. *Insomniac's perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1980, 89, 105-107.

Lindeberg SI, Eek F, Lindbladh E, Östergren PO, Hansen AM, Karlson BB. *Exhaustion measured by the SF-36 vitality scale is associated with a flattened diurnal cortisol profile*. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33:471-7.

Linton, SJ. *Does work stress predict insomnia? A prospective study*. *British Journal of Health Psychology*, 2004 9, 127-136.

Linton SJ, y Bryngelsson IL. *Insomnia and its relationship to work and health in a working-age population*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2000; 10, 169-183.

López M, Gabarrón M, Ruiz A. *Depresión en atención primaria: Una aproximación a los trabajos realizados en España*. Psiquiatria.com [Internet]. 2011 [citado 26 Ago 2011]; 15:25. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4299>

López MA, Vázquez P. *La ley al servicio de la víctima de mobbing*. Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Administración y Dirección de Empresas Departamento de Organización de Empresas y Comercialización. 2001.

López MA, Vázquez P. *El mobbing en las organizaciones. La ausencia de un concepto global y único*. Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Administración y Dirección de Empresas Departamento de Organización de Empresas y Comercialización. 2001.

Lundh LG y Broman, JE. *Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes*. Journal of Psychosomatic Research, 2000; 49, 299-310.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. *Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence*. American Journal Psychiatry. 2002; 159: 909-16.

Lynch FL, Hornbrook M, Clarke GN, Perrin N, Polen MR, O'Connor E, et al *Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens..* Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1241-8.

Lingam R, Scott J. *Treatment non-adherence in affective disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002;105:164-72.

Maqueda J, Amodóvar T, et al. *IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2000.

Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. *Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia*. Sleep. 2008; 31(4):489-495.

Manber R, Blasey C, Arnow B, et al. *Assessing insomnia severity in depression: comparison of depression rating scales and sleep diaries*. Journal Psychiatric Research. 2005; 39 (5):481-488.)

Maris RW. *Suicide*. Lancet. 2002;360:319---26.

Martín-Agueda B, López-Muñoz F, Silva A, García-García P, Rubio G, Álamo C. *Aspectos diferenciales del manejo de la depresión en España entre la atención psiquiátrica especializada y la atención primaria*. Actas Españolas Psiquiatr 2007 Mar-Apr; 35(2):89-98.

Martín F y Pérez J. *El hostigamiento psicológico en el trabajo*. 1998 NTP 476 INSHT.

Martinez A, Medeiros L. *Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de mobbing*. Revista de Psiquiatria Clínica (consultada 17-6-2012)

Martinez V, Brugulat P., Mompart A., Rosas A., Treserras R. *Impacto de los trastornos crónicos en la esperanza de vida de la población de Cataluña en 1994 y 2006*. Med Clinic (Barc), 2011; 137 (Supl 2): 9-15

- Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, Delgado MA, Sánchez R. *The consumption of psychoactive drugs in primary care*. Atención Primaria 1997; 19:47-50.
- Matthiesen SB y Einarsen S. *MMPI-2 configurations among victims of bullying at work*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2001; 10(4), 467-484.
- Matthiesen SB y Einarsen S. *Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work*. British Journal of Guidance and Counselling. 2004; 32(3), 335-356
- Matthiesen SB y Einarsen S. *Perpetrators and targets of bullying at work: Role stress and individual differences*. Violence and Victims, 2007; 22 (6), 735-753.
- Matthiesen SB, Raknes BI, Røkkum O. *Mobbing på arbeidsplassen*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1989; 26:761-74
- Mathisen GE, Einarsen S y Mykletun R. *The occurrences and correlates of bullying and harassment in the restaurant sector*. Scandinavian Journal of Psychology, 2008; 49, 59-68.
- McCall WV. *A psychiatric perspective on insomnia*. Journal Clinical Psychiatry. 2001;62(Suppl 10):27-32.
- McCarthy P, Sheehan MJ and Wilkie, W. (eds) *Bullying: From backyard to boardroom*. 1996. Alexandria, Australia: Millenium Books.
- McCullough ME, Orsulak P, Brandon A, y Akers L. *Rumination, fear and cortisol: An in vivo study of interpersonal transgressions*. Health Psychology, 2007; 26, 126-132.
- Medrano J. *Tendencias futuras en psicofarmacología*. En Salazar M, Peralta C y Pastor J. *Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid: Panamericana; 2004. 13-22.
- Medrano J, Pacheco L, Zardoya MJ. *Uso no autorizado de psicofármacos el nuevo Real Decreto 1015/2009*. Norte de Salud Mental nº 35. 2009.
- Meliá JL. *The Best Psychosocial Correlates of Mobbing (bullying) at Work*. En: P. Mondelo, M. Mattila, W. Karwowski, A. Hale (Eds.), *Proceedings of the Fourth International Conference on Occupational Risk Prevention*. 2006
- Meseguer M, Soler MI, Sáez MC y García-Izquierdo M. *Workplace mobbing and effects on workers health*. The Spanish Journal of Psychology. 2008; 11(1), 219-227.
- Meseguer M, Soler MI, García-Izquierdo M, Sáez MC y Sánchez J. *Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing*. Psicothema 2007. Vol. 19, nº 2, pp. 225-230
- Meschkatat B, Srackelbeck M y Langenhoff G. *The mobbing report. Representative study for the Federal Republic of Germany*. 2002 Bremerhaven, Germany: Wirtschaftsverlag.
- Mikkelsen EG y Einarsen S. *Bullying in Danish worklife: Prevalence and health correlates*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2001. 10, 393-414.

Mikkelsen EG y Einarsen S. *Basic assumptions and symptoms of posttraumatic stress among victims of bullying at work*. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2002a. 11, 87-11.

Mikkelsen EG y Einarsen S. *Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized self-efficacy*. Scandinavian Journal of Psychology. 2002b; 43, 397-405.

Miller N, Pedersen WC, Earleywine M, y Pollock, VE (2003). *A theoretical model of triggered displaced aggression*. Personality and Social Psychology Review, 2003; 7, 75-97.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009-2013.

Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero M, López-Ibor JJ, et al. *Calidad de los informes médicos sobre personas que han intentado suicidarse*. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2010; 3:13---8.

Moix J. *El peso de los genes*. El País Semanal. 2010

Molina NC. *Una "nueva" patología de gestión en el empleo público: el acoso institucional (mobbing)*. Diario de Ley de 10-12-01. 2001

Montejo AL, Menchón JM, Carrasco JL, Franco M, Martín Carrasco M, Moriñigo A. *Guía de evaluación y mejora del cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del trastorno depresivo mayor*. Actas Españolas de Psiquiatría 2010; 38(Suppl. 2):1-27.

Montero D, Vargas E, De la Cruz C y De Andres F. *Nuevo real decreto de acceso a medicamentos en situaciones especiales*. Medicina Clínica (Barc).2009; 133(11):427-432

Morán, C. *Acoso psicológico y burnout en profesionales de recursos humanos*. En J. Romay (Ed.), Perspectivas y retrospectivas de la Psicología Social en los albores del siglo XXI (pp. 249-256). 2007. Madrid: Biblioteca Nueva.

Morán C, González MT, Landero R. *Psychometric Evaluation of the Perceived Mobbing Questionnaire. Valoración Psicométrica del Cuestionario de Acoso Psicológico Percibido*. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2009; Vol. 25, nº 1, 7-16.

Moreno B y Rodríguez A. *Special issue on mobbing in the workplace. Introducción al número monográfico sobre acoso psicológico en el trabajo: una perspectiva general*. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2006; 22 (3), 245-249.

Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E y Morante ME. *Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio*. 2005. *Psicothema*, 17 (4), 627-632

Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Salin D, Morante ME. *Workplace bullying in Southern Europe: Prevalence, forms and risk groups in a Spanish sample*. *International Journal of Organisational Behaviour* 2008; 13:95-109.

Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E y Morante ME. *Relaciones contractuales y acoso psicológico en el trabajo: un análisis comparativo*. *Medicina Seguridad en el Trabajo* 2004; Vol L N° 197: 19-26

Moreno B, Rodríguez A, Garrosa E, Morante ME Rodríguez R. *Gender differences in workplace bullying: a study in a spanish sample*. *Psicología em Estudo, Maringá*, v. 10, n. 1, p. 3-10, jan./abr. 2005

Moreno B, Rodríguez A, Martínez M, Gálvez M. *Assessing workplace bullying: Spanish validation of a reduced version of the Negative Acts Questionnaire*. *Spain Journal Psychology*. 2007; 10(2):449-57.

Moreno B, Rodríguez A, Moreno Y, y Garrosa, E. *The moderating role of assertiveness and social anxiety on workplace bullying: two empirical studies. El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos*. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2006; 22 (3), 363-380.

Moreno B, Rodríguez A, Sanz AI y Rodríguez R. *El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación*. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 4, pp. 760-765

Morin CM. *Insomnio: asistencia y tratamiento*. 1998. Barcelona.

Moussavi S, Chatteraji S, Verdes E. *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*. *Lancet* 2007; 370: 851-58

Mullen E. *Workplace violence: cause for concern or the construction of a new category of fear*. *Journal of Industrial Relations*, 1997 39, (1), 21-32.

Namie G. *Hostile Workplace Survey*. Trabajo presentado en el labor Day meeting, Benicie, California. (2000, septiembre). Disponible en <http://www.bullybusters.org>.

Namie G, & Namie R. *The bully at work: What you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Naperville, IL: Sourcebooks. 2000

National Sleep Foundation. 2008 Sleep in America Poll. Summary of Findings. [sede Web]*. National Sleep Foundation, 2008 [acceso 20-11-2008]; Disponible en: www.sleepfoundation.org

Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS. *Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence*. *American Journal Geriatric Psychiatry*. 2008;6:558-67

Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S., Stein, M.B. *Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review*. *Journal of Psychiatric Research* 2006; 40(1): 1-21.

Neuman, J. H. y Baron, R. A. *Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets*. Journal of Management. 1998, 24, 391-419.

NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical guideline 23. London: NICE; 2004. Amended, 2006.

NICE Guía Clínica 26 Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT): *Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria*. Fecha de edición: Marzo de 2005

NICE clinical guideline 90. *Depression: the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE clinical guideline 23)* Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.

NICE. (2011a). *Common mental health disorders: identification and pathways to care, from Retrieved, July 22, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG123>*

NICE. (2011b). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care, from Retrieved, March 7, 2011, from <http://guidance.nice.org.uk/CG113>*

Nielsen MB, Skogstad A, Matthiesen SB, Glaso L, Aasland MS, Notelaers G, Einarsen, S. Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2009; 18:81-101.

Niedhammer I, David S, Degioanni S. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2007; 80(4):346-353.

Niedhammer I, Chastang JF, y David, S. *Important of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French summer survey*. Occupational Medicine, 2008; 58, 15- 24.

Niedhammer I, David S, Degioanni S. *Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population*. Journal of Psychosomatic Research. 2006; 61(2):251-9.

Niedhammer I, David S, Degioanni S, Drummond A, Philip P, and 143 Occupational Physicians. *Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status*. Ann Occupational Hyg. 2011 March ; 55(2): 152-163

Niedl K. *Mobbing/bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwirtschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindlichkeiten*. Doctoral dissertation. München, Germany: Rainer Hampp Verlag; 1995

Niedl K. *Mobbing/bullying an Arbeitsplatz [Mobbing/bullying at the work place - Mobbing/intimidación en el lugar de trabajo]*. 1995. Munchen: Rainer Hampp Verlag.

Niedl K. *Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 1996; 5, 203-214.

Nielsen MB, Matthiesen SB, y Einarsen S. *Sense of coherence as a protective mechanism among targets of workplace bullying*. Journal of Occupational Health Psychology, 2008 13, 128-136

Nolen-Hoeksema S, McBride A, y Larson J. *Rumination and psychological distress among bereaved partners*. Journal of Personality and Social Psychology, 1997; 72, 855-862.

Norton J, de Roquefeuil G, David M, et al. *Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription*. Encephale. 2009; 35(6):560-9.

Nota Técnica de Prevención (NTP) 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing, L' harcèlement psychologique au travail: mobbing Psychological harassment at work: mobbing*, 1998 14ª Serie NTP nº 471 a 505 Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT). <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem>

NTP 854: *Acoso psicológico en el trabajo definición: Harcèlement psychologique dans le travail: définition Psychological harassment at work: definition*, 2009 24ª serie NTP nº 821 a 855. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT).

NTP consultadas del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT)

NTP 349: *Prevención del estrés: intervención sobre el individuo*, 1994;

NTP 438: *Prevención del estrés: intervención sobre la organización*, 1997;

NTP 439: *El apoyo social*, 1997.

NTP 476: *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*, 1998;

NTP 534: *Carga mental, factores*, 2001;

NTP 604: *Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social*, 2003;

NTP 703: *El método COPSOQ (ISTA 21, PSQCAT 21, de evaluación de riesgos psicosociales*, 2006;

NTP 704: *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*, 2006;

NTP 732; *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (III): Instrumentos de medición*, 2007

Notelaers G, Einarsen S, De Witte H y Vermunt JK. *Measuring exposure to bullying at work: The validity and advantages of the latent class cluster approach*. 2006. Work & Stress, 20 (4), 288-301.

Núñez, M. R. *Violencia y malestar en nuestros servicios de salud*. 2002. Diario médico.

Nutt DJ. *Rationale for, barriers to, and appropriate medication for the long-term treatment of depression*. Journal of Clinical Psychiatry. 2010; 71. Suppl E1: e02.

O.C.U. *Casi la mitad de los españoles afirma sufrir estrés a menudo* (2005). Recuperado del 17 de agosto de 2009 de <http://www.ocu.org/psicologia/casila-mitad-de-los-espanoles-afirma-sufrirestres-a-menudo-s205511.htm>.

Ohayon MM. *Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn*. Sleep Med Rev. 2002; 6(2):97-111.

Ohayon MM, Shapiro CM. *Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population*. Compressive Psychiatry. 2000; 41(6):469-478

Okie S. *What ails the FDA?* N Engl J Med 2005; 352: 1063-6.

Oliva J, López Bastida J, Montejo A, Osuna R, y Duque B. *The socioeconomic costs of mental illness in Spain*. European Journal Health Economic. 2009;10(4):361-9

Oliva J. *Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades y problemas de salud en Cataluña*. Presupuesto y Gasto Público 2008; 53 (4): 119-147.

Oller S, et al. *¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo*. Actas Españolas Psiquiatr 2011;39(5):288-93

Olweus, D. *Annotation: Bullying at school – basic facts and effects of a school based intervention program*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1994; 35, 1171-1190.

O'Moore M, Seigne E, McGuire L & Smith M. *Victims of bullying at work in Ireland*. In C. Rayner, M. Sheehan and M. Barker (eds.), *Bullying at work 1998 research update conference: Proceedings*. 1998. Stafford: Staffordshire University.

O'Moore M, Seigne M, McGuire L, & Smith, M. *Victims of bullying at work in Ireland*. Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand, 1998; 14(6), 569-574.

O'Moore M, Lynch J y Daéid NN. *The rates and relative risks of workplace bullying in Ireland, a country of high economic growth*. International Journal of Management and Decision Making, 2003; 4, 82-95.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo*. Informe del Comité Mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. Ginebra: OIT; 1984.

Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Serrano JM. *Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios*. Atención Primaria. 2004;33:78-85.

Ortiz A. *Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar*. Revista Átopos, 2008, 7: pp.26-34.

Oxenstierna G, Elofsson S, Gjerde M, Magnusson L, Theorell T. *Workplace Bullying, Working Environment and Health*. Advance Publication. INDUSTRIAL HEALTH. Received : April 12, 2011. Accepted: January 24, 2012

Paanen T, Vartia M. *Mobbing at workplaces in state government (in Finnish)* [Mobbing en los lugares de trabajo en el Gobierno del Estado (en finlandés)]. 1991, Helsinki: Finnish Work Environment Fund.

Pacheco L, Medrano J. (Editores). *Uso autorizado de psicofármacos en España*. Barcelona. Glosa. 2005.

Pacheco, Medrano, Zardoya et als. ¿Son tan malos los psicofarmacos?: *Reflexiones desde la práctica psiquiátrica Norte de salud mental*, 2010, vol. VIII, nº 37: 31-46.

Paoli, P. *II European Survey on Working Conditions*. 1997 Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Paoli, P. y Merllie, D. *Third European Survey on Working Conditions in the European Union (2000)*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxemburg: Office for the Official Publications of the European Communities; 2001.

Pascucci de Ponte E. *El acoso moral en el trabajo y su interdisciplinariedad*. Dr. en Derecho. Prof. de la Facultad de Estudios Sociales Universidad Alfonso X el Sabio S A B E R E S Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales. VOLUMEN 2. AÑO 2004. Separata

Pastrana, JI. ¿Cuánto cuesta el mobbing en España?. *Lan Harremanak*, 2002 2: 171-181.

Peinado, A. *La discriminación salarial de la mujer en el mercado de trabajo*. Madrid: 1988. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Pélissolo A, André C, Chignon JM, Dutoit D, Martin P. *Anxiety disorders in private practice psychiatric out-patients: prevalence, comorbidity and burden (DELTA study)*. *Encephale* 2002; 28:510-9.

Peña R, et al. *Como enfrentarse al acoso laboral o mobbing. Guía personal y legal*. Editorial SERVIDOC. 2011

Pérez-Franco B, Turabián-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria?. *Atención Primaria* 2006; 37(1):37-9.

Pérez Sales P. *Manual de psiquiatría. Trastornos adaptativos y reacciones de estrés*. 2007

Peris MD. Fundamentos científicos de la defensa del mobbing. *LAN HARREMANAK/7 (2002-II) (241-266)*

Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. *Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression*. *Journal of Affective Disorders*. 1997;42(2-3):209-212.

Piirainen H, Elo AL, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R, Laitinen H, Lindström K, Reijula K, Riala R, Viluksela M y Virtanen S. *Work and health: An interview study*. 2000. Helsinki, Finland: Työterveyslaitos.

Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Haro JM. *Adequacy of Antidepressant Treatment in Spanish Primary Care: A Naturalistic Six-Month Follow-Up Study*. *Psychiatr Service* 2008 Jan; 59:78-83.

Piñuel I. *Mobbing. Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. 2001. Madrid, Sal Térrea

Piñuel I. *La dimisión interior. Del síndrome postvocacional a los riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.

Piñuel I. Informe Cisneros V. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en la administración (AEAT e IGAE). Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/informeCisnerosV.pdf>.

Piñuel I. *Libro Blanco. Resultados del Barómetro Cisneros V sobre violencia en el entorno laboral de las administraciones públicas*. 2004. Gestha. Alcalá de Henares.

Piñuel I, Oñate A. *El mobbing ó acoso Psicológico en el Trabajo en España*. 2003. Congreso Internacional Virtual: Intangibles e Interdisciplinariedad

Piñuel I, Oñate A. La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. *Lan Harremanak*. 2002; 7(II):35-62.

Piñuel, I. y Oñate, A. *Riesgos psicosociales en la administración. La incidencia del mobbing y el burnout en la AEAT y la IGAE*. 2004. Madrid: Sindicato GESTHA.

Pla de Salut de Catalunya 2008-2012. Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Pla de Salut de Catalunya 2012-2016. Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Pla de Salut 2008-2012. Indicadores de salud laboral. (*Registre de malalties relacionades amb el treball, 2001-2005*) datos facilitados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en salud laboral de las USL. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Piirainen H, Elo AL, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R, Laitinen H, Lindström K, Reijula K, Riala R, Viluksela M y Virtanen S. *Work and health: An interview study*. 2000. Helsinki, Finland: Työterveyslaitos.

Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Haro JM. *Adequacy of Antidepressant Treatment in Spanish Primary Care: A Naturalistic Six-Month Follow-Up Study*. *Psychiatr Service* 2008 Jan; 59:78-83.

Pompili M, Lester D, Innamorati M, et al. *Suicide risk and exposure to mobbing [Riesgo de suicidio y exposición al mobbing]*. *Work*. 2008; 31:237-243.

Prabha Sunderajan, MD, Bradley N. Gaynes, MD, MPH, Stephen R. Wisniewski, PhD, Sachiko Miyahara, PhD, Maurizio Fava, MD, Felicia Akingbala, MD, Joanne DeVeough-Geiss, MA, LPA, A. John Rush, MD, and Madhukar H. Trivedi, MD. *Insomnia in Patients With Depression: A STAR*D Report*. *CNS Spectr* 15:6. MBL Communications Inc. June 2010

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, R Phillips M,. *Global mental health 1: No health without mental health*. *Lancet* 2007; 370:859-877.

Prins MA, Verhaak PF, van der Meer K, Penninx BW, Bensing JM. *Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective*. *Journal of Affective Disorders* 2009; 4 de maig [Publicación electrónica previa a la impresión].

Quine, L. *Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey*. 1999. *British Medical Journal*, 318, 228-232.

Quine, L. *Workplace bullying in nurses*. *Journal of Health Psychology*, 2001; 6(1), 73-84

Ramos JA, Cordero A, Gutiérrez R, Zamorro ML. *Síntomas que contribuyen a la percepción de la intensidad sintomatológica depresiva. Un estudio preliminar.* Actas Españolas de Psiquiatría 2009;37(4):191-195

Randolph, MD. *Acoso psicológico en el lugar de trabajo: ¿en verdad van tras su paciente?* Current Psychiatry, Vol. 8, No. 4, 45-48, 51, April 2009

Ravin JM, Boal CK. *Post-traumatic stress disorder in the work setting: Psychic injury, medical diagnosis, treatment and litigation.* American Journal Forensic Psychiatry 1989; 10:5-23.

Rayner C. *The Incidence of workplace bullying.* Journal of Community and Applied Social Psychology, 1997, 7 (3), 199-208.

Rayner C. *From Research to implementation: finding leverage for prevention.* International Journal of Manpower, 1999; 20 (1/2), 28-38.

Rayner C & Hoel H. *A summary review of literature relating to Workplace Bullying.* Applied Social Psychology, 1997; 7 (3), 181-191.

Rayner C, Hoel H y Cooper C. *Workplace bullying.* 2002. London. Taylor and Francis.

Rayner C, Sheehan M & Barker M. *Theoretical approaches to the study of bullying at work.* International Journal of Manpower, 1999; 20, (1/2), 11-15.

Rejas J, Domínguez M, Palacios G, Arriaza E, Garcia-Garcia M, Rico-Villademoros F, et al. *Validación preliminar del Índice IMPALA (Impacto en la Productividad Laboral) para medir el impacto de la enfermedad en la productividad laboral.* Neurología 2004; 19(9):644.

Registre de malalties relacionades amb el treball. Unitats de Salut Laboral. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Catalunya, 2001-2005.

Retos en la Salud Mental del S. XXI en Atención primaria. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). *Mobbing. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo.*

Reynolds CF, 3rd. *Sleep and affective disorders. A mini review.* Psychiatry Clinical North America. 1987; 10(4):583-591.

Ribé JM, Cleros M, Gracia J. *"Trastornos mentales" del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto?.* Norte de salud mental, 2011, vol. IX, nº 41: 13-26.

Rice DP, Miller LS. *Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States.* British Journal Psychiatry 1998; 173(Suppl. 34):4-9.

Rico-Villademoros F, Hernando T, Saiz J, Giner J, Bobes J. En: Bobes J, Giner J, Saiz J, editores. *Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida.* Madrid: Triacastela; 2011. p. 39-56.

- Richman JA, Flaherty JA, & Rospenda KM. *Perceived workplace harassment experiences and problem drinking among physicians: Broadening the stress/alienation paradigm*. *Addiction*, 1996; 91, 391–403.
- Richman JA, Rospenda KM, Flaherty JA, & Freels S. *Workplace harassment, active coping, and alcohol-related outcomes*. *Journal of Substance Abuse*, 2001; 13, 347–366.
- Rodriguez A. *Workplace bullying: literature review and new research avenues. Acoso psicológico en el trabajo: revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación*. *Medicina Seguridad en el Trabajo* (Internet) 2011; 57. Suplemento 1: 1-262.
- Rodríguez FA. *El acoso moral en el trabajo*. Profesor de Derecho del Trabajo y Seguridad Social de la ULPGC. *Revista de la Facultad de ciencias Jurídicas* nº 8. Mayo 2004
- Rodríguez A, Baillien E, De Witte H, Moreno-Jiménez B, Pastor JC. *Cross-lagged Relationships between Workplace Bullying, Job Satisfaction and Engagement: Two Longitudinal Studies*. *Work Stress* 2009; 23:225-43.
- Rodríguez A, Escartín J, Visauta B, Porrúa C, & Martín J. *Categorization and hierarchy of workplace bullying strategies: A Delphi survey*. *Spanish Journal of Psychology*, 2010; 13(1).
- Rodríguez A, Moreno B, Sanz-Vergel AI, Garrosa E. *Post-traumatic symptoms among victims of workplace bullying: Exploring gender differences and shattered assumptions*. *Journal Applied Society Psychology*. 2010;40:2616-35.
- Rodríguez A, Martínez M, Moreno B, & Gálvez M. *Predictores organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: Aplicación del modelo de demandas y recursos laborales*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2006; 22 (3), 333-345
- Rogers K & Kelloway EK. *Violence at work: Personal and organizational outcomes*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1997, 2, 63- 71.
- Roskies E, y Louis-Gukrin C. *Job insecurity in managers: Antecedents and consequences*. *Journal of Organizational Behavior*, 1990, 11, 345-359.
- Rospenda, KM. *Workplace harassment, service utilization, and drinking outcomes*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2002, 2, 141–155
- Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. *Delivery of Evidence- Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial*. *JAMA*. 2010;303(19):1921-8.
- Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Travé P, Peñarrubia-María MT, Ruiz M, Pujol MM. *Community pharmacist intervention in depressed primary care patients (PRODEFAR study): randomized controlled trial protocol*. *BMC Public Health* 2009 Aug; 9:284.
- Rugulies R, Madsen IE, Hjarsbech PU, Hogh A, Borg V, Carneiro IG, Aust B. *Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers*. *Scandinavian Journal Work Environment Health*. 2012 May;38(3):218-27. doi: 10.5271/sjweh.3278. Epub 2012 Feb 2.

Rush AJ: *STAR*D What have we learned?* American Journal of Psychiatry 2007; 164: 201-4.

Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. *Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression.* New England Journal Medicine 2006; 354:1231-1242.

Rush A, Trivedi M, Wisniewski S, Nierenberg A, Stewart J, Warden D et al. *Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report.* American Journal of Psychiatry 2006;163(11):1905-17.

Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, Fava M, et al. *Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients; demographic and clinical features.* Journal of Affective Disorders 2005; 87: 43-55

Ruiz Doblado S. *Bases farmacológicas y clínicas de la combinación venlafaxina + mirtazapina en depresión melancólica: la artillería pesada.* Psiquiatria.com [Internet]. 2010 [citado 29 Nov 2010];14:1. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/1528>.

Ruiz-Doblado S, Rueda-Villar T, Casillas-Lara L. *High-dose venlafaxine in delusional and severely depressed patients.* Journal Psychopharmacology 2009; 23 (7):859-60.

Sáez MC, García-Izquierdo M, y Llor B. *Validación de la escala NAQ de Einarsen y Raknes (1997) sobre acoso psicológico en el trabajo (mobbing).* 2003. VIII Congreso Nacional de Psicología Social. Torremolinos.

Saiz J, Montes JM. *Tratamiento farmacológico de la depresión.* Revista Clínica Española 2005; 205 (5): 233-240.

Salin, D. *Prevalence and forms of bullying among business professionals: A comparison of two strategies for measuring bullying.* European Journal of Work and Organizational Psychology, 2001; 10: 425-441.

Salin, D. *Gender differences in prevalence, forms and explanations of workplace bullying.* Proceedings of the International Conference on Bullying and Harassment at Work, Birkbeck University, London, 2002; 23- 24 September.

Salin, D. *Bullying and organisational politics in competitive and rapidly changing work environments.* International Journal of Management and Decision Making, 2003a 4(1), 35-46.

Salin, D. *Ways of explaining workplace bullying: A review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment.* Human Relations 2003b ;56 (10):1213-32.

Salin D. *The prevention of workplace bullying as a question of human resource management: measures adopted and underlying organizational factors.* Scandinavian Journal of Management. 2008; 24, 221-231.

Sánchez Carazo, C. *El acoso psicológico en el trabajo: un problema de salud laboral.* 2002. Diario médico.

Sanderson K, Andrews G. *Common mental disorders in the workforce. Recent Findings from Descriptive and Social Epidemiology*. Canadian Journal of Psychiatry vol 51 nº 2, February (2006).

Sanderson K; Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B, Graves N. *Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety?* Journal of Affective Disorders 2007; **101** (1-3): 65-7

Santiesteban R. *La imagen social de las personas con discapacidad* 2006. (accesible en <http://www.futuex.com/congreso.htm>). Consultada 27-7-2006

Sauquillo M. *El 85% de las empresas viola la ley por no prevenir la violencia laboral. Los riesgos de acoso moral o sexual se ignoran en los convenios*. Diario El País 2010, Abril 17. Accesible en: URL: www.elpais.com/

Sanz A. *Aspectos farmacoeconómicos. Trastornos Mentales. Economía de la Salud*. Medical Economics. 7 de octubre de 2011

Sauter S, Murphy LR, & Hurrell JJ. *A national strategy for the prevention of work-related psychological disorders*. American Psychologist, 1990, 45, 1146-1158.

Scott, J. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press. 1988

Scott MJ, Stradling SG. *PTSD without the trauma*. British Journal of Clinical Psychology. 1994;33:71-4.

Schat AC y Kelloway EK. *Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support*. Journal of Occupational Health Psychology. 2003; 8(2), 110-122.

Schuster, B. *Rejection, exclusion, and harassment at work and in schools*. European Psychologist, 1996; 1(4), 293-317.

Serna C, Galván L, Gascó E, Santafé P, Martín E, Vilat T. *Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004*. Atención Primaria 2006; **38** (8): 456-460.

Serna MC, Torres A, Cruz I, Gascó E, RuéMonné E, Pifarré Paredero J. *Peso económico de la depresión en atención primaria*. Revista Española de Economía de la Salud 2007; **6** (7): 395-399.

Serrano A, Palao DJ, Luciano JV, et al. *Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP)*. Society Psychiatry Psychiatry Epidemiology. 2010;45(2):201-10.

Serrano A, Gabarron E, Garcia-Bayo I, Soler-Vila M, Caramés E, Peñarrubia-Maria MT, Pinto-Meza A, Haro JM; Depressió en Atenció Primària de Gavà Group (D. A. P. G. A.). *Effectiveness and cost-effectiveness of antidepressant treatment in primary health care: a six-month randomised study comparing fluoxetine to imipramine*. Journal of Affective Disorders. Apr; 2006a; 91(2-3):153-63.

Serrano A, Pinto-Meza A, Suárez D, Peñarrubia MT, Haro JM; ETAPS Group. *Efectivitat del Tractament antidepressiu en Atenció Primària de Salut*. *Cost-utility of selective serotonin reuptake inhibitors for depression in primary care in Catalonia*. (Acta Psychiatry Scandinavian Suppl 2006b;(432):39-47.

Serrano A, Suárez D, Pinto-Meza A, Peñarrubia MT, Haro JM; DAPGA Group (Depressió en Atenció Primària de Gavà). *Fluoxetine and imipramine: are there differences in cost-utility for depression in primary care?*. Journal Evaluation Clinical Practice 2009 Feb; 15(1):195-203.

Sheehan M, McCarthy P, Barker M, & Henderson M. School of Management, Griffith University, Australia. *A model for assessing the impacts and costs of workplace bullying*, 2001. Paper presented at The Standing Conference on Organizational Symbolism SCOS XIX Conference, Trinity College, Dublin, 30 June - 4 July.

Sherbourne CD, Schoenbaum M, Wells KB, Croghan T. Characteristics, treatment patterns, and outcomes of persistent depression despite treatment in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2004; 26(2):106-14

Sicras, A. *Impacto económico de las enfermedades y pacientes atendidos en atención primaria. Adaptación de los grupos clínicos ajustados (ACGs) en nuestro medio*. 2002. Recuperado el 27 de marzo de 2012 de <http://www.tesisenred.net>

Sicras A, Blanca M, Gutiérrez L, Salvatella J, Navarro R. *Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional*. Gaceta Sanitaria. 2010; 24 (1):13-19.

Sicras A, Navarro R, Rejas J, Blanca M, Serrat J, Llopart JR. *Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional*. Farmacia Hospitalaria. 2007; 31(2): 101-105.

Sicras A, Rejas J, Navarro R, Serrat J, Blanca M, Llopart JR, Diaz S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gaceta Sanitaria. 2007; 21 (4):306-13

Simon G, Fleck M, Lucas R, Bushnell D, LIDO Group. *Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study*. American Journal of Psychiatry. 2004;161(9):1626-34.

Simon GE. *Social and economic burden of mood disorders*. Society of Biological Psychiatry 2003; 54: 208-215.

Skogstad, A., Einarsen, S., Torsheim, T., Aasland, M. S. y Hetland, H. (en prensa a). *The destructiveness of Laissez-Faire leadership behavior*. Journal of Occupational Health Psychology

Slin D. *Do companies care about workplace bullying? Employee perceptions of organizational measures against workplace bullying*. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2006; 22, n.º 3 - Págs. 413-431.

Soares, A. *La violence (in) visible au travail: le cas du harcèlement psychologique au Québec (The (in) visible violence at work: The case of psychological harassment in Quebec)*. 1999. In *Violence et Travail*, 191-201.

Soares, A. *Bullying: When work becomes indecent*. 2002. Unpublished manuscript, Université du Québec à Montréal.

Sobocki P. *Public Health implications of depression*. 2008. Actas Españolas de Psiquiatria 36 (suppl 1); 17-20.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakani I, Runeson B, Martensson B et al. *Resource use and cost associated with patients treated for depression in primary care*. European Journal of Health Economy. 2007;8:67-76.

Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jönsson B. *The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression*. International Journal of Clinical Practice. 2006; 60(7):791-8.

Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg CJ. *Cost of depression in Europe*. Mental Health Policy Economic. 2006; 9:87-98.

Soetzer U, Ahlberg G, Bergman P, Hallsten L, Lundberg I. *Working conditions predicting interpersonal relationship problem at work*. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2009; 18(4):424-41

Sonnentag, S, y Bayer, U. *Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time*. Journal of Occupational Health Psychology, 2005; 10, 393-414.

Sonnentag, S, y Fritz, C. *The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work*. Journal of Occupational Health Psychology, 2007; 12, 204-221.

Shorter E, Tyrer P. *Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease*. British Medical Journal 2003; 327: 158 – 160.

Spector, PE, & Fox, S. *An emotion-centered model of voluntary work behavior: Some parallels between counterproductive work behavior (CWB) and organizational citizenship behavior (OCB)*. Human Resource Management Review, 2002; 12, 269–292.

Spector, PE, & Fox, S. *The stressor-emotion model of counterproductive work behavior (CWB)*. In S. Fox & P. E. Spector (Eds.), *Counterproductive work behavior: Investigations of actors and targets* (p. 46). 2005. Washington, DC: American Psychological Association.

Spector, PE y Fox, S. *Counterproductive work behaviour: investigations of actors and targets*. Washington, DC: American Psychological Association 2005.

Spratlen LP. *Interpersonal conflict which includes mistreatment in a university workplace*. Violence and Victims, 1995; 10, 285-297.

Stahl SM. *Inhibidores duales de la recaptación de serotonina y norepinefrina*. En: Stahl SM: *Psicofarmacología Esencial*. Barcelona, Gayban Grafic, 2002: 268-74.

Stahl SM. *Acciones duales serotoninérgicas y noradrenérgicas a través del antagonismo alfa 2*. En: Stahl SM. *Psicofarmacología Esencial*. Barcelona, Gayban Grafic, 2002: 275-80.

Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. *Tratamiento farmacológico para el trastorno de estrés postraumático (TEPT)* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Stein MB, Cantrell CR, Sokol MC, Eaddy MT, Shah MB. *Antidepressant adherence and medical resource use among managed care patients with anxiety disorders*. *Psychiatry Service* 2006;57:673-80.

Stein, SM, Hoosen, I, Brooks, E, Haigh, R y Christie, D. *Staff under pressure: Bullying within NHS therapeutic communities*. *International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 2002; 23, 357-366.

Stergiopoulos E, Cimo A, Cheng Ch; Bonato S, Dewa C. *Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review*. *BMC Public Health* 2011, 11:838. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/838>

Sukhodolsky DG, Golub A, y Cromwell, EN. *Development and validation of the anger rumination scale*. *Personality and Individual Differences*, 2001; 31, 689-700.

SWEA Swedish Work Environment of Authority. *Mobbing och trakasserier (Bullying and Persecution)*. 2003, Arbetsmiljöverket, Solna. Disponible en: <http://www.av.se/statistik>.

Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H. *Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients*. *Psychiatry Clinical Neuroscience*. 2005;59:473-80.

Taylor, S. *Employee Resourcing*. London: Institute of Personnel and Development. 1998

Tehrani, N. *Bullying: a source of chronic post-traumatic stress?* *British Journal of Guidance & Counselling*, 2004; 32, 357-366.

Tepper BJ. (2000). *Consequences of abusive supervision*. *Academy of Management Journal*, 43(2), 178-190.

Thase ME *Evaluating antidepressant therapies: remission as the optimal outcome*. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64 Suppl 13:18-25.

Thomas CM, Morris S. *Cost of depression among adults in England in 2000*. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 514-519.

Thomas MR, Waxmonsky JA, Gabow PA, Flanders-McGinnis G, Socherman R, Rost K *Prevalence of psychiatric disorders and costs of care among adult enrollees in a medicaid HMO*. *Psychiatry Service* 2005; 56: 1394-401.

Thomsen D, Mehlsen M, Christensen S, y Zacharie R. *Rumination: Relationship with negative mood and sleep quality*. *Personality and Individual Differences*, 2003; 34, 1293-1301.

Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. *Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders, results from the functional illness in primary care (FIP) study*. *Psychology Medical*. 2005;35:1175-84.

Toohey, J. *Occupational stress: Managing a metaphor*. 1991. Sydney: Macquarie University.

Trbanc, M. *Spotlight on harassment in the workplace*, 2008 Organisational and Human Resources Research Centre (OHRC), University of Ljubljana Extraído el

27/3/2012

desde:

<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2007/07/SI0707019I.htm>

Unitat de Salut Laboral - Agència de Salut Pública, Barcelona. Web oficial de la USL:
<http://www.aspb.es/quefem/usl.htm>

UNISON members' experience of bullying at work. UNISON (1997). Londres: UNISON

Urretavizcaya M, Baca Baldomero E, Alvarez E, Bousoño, Eguiluz I, Martín M, Roca M. *Conceptos prácticos para la clasificación y el manejo de la depresión a largo plazo*. Actas Españolas Psiquiatría. 2008 36 (Suppl 2).

Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, et al. *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. American Journal of Psychiatry 2004; 161 (11 Suppl): 3-31

Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. *La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad*. Actas Españolas de Psiquiatría, 2008. 36 (0)

Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. *La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad*. Actas Españolas de Psiquiatría 2009; 37(1):49-53

Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Trastornos depresivos*. 2005. Ed. Masson. Barcelona

Vallejo Ruiloba J. Consenso. *Tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Ars Médica, 2005.

Vallejo J. *Situación actual del tratamiento a largo plazo de la depresión*. Actas Españolas de Psiquiatría 2007; 35(5):285-299.

Van Os et al. *Training Primary Care Physicians Improves the Management of depression*. General Hospital Psychiatry, 1999, 21: 87-92

Vartia M. *Bullying at workplaces*. In: Lehtinen S, Rantanen J, Juuti P, Koskela A, Lindström K, Rehnström P, Saari J (Eds) *Towards the 21st Century. Work in the 1990s. Proceedings of an International Symposium on Future Trends in the Changing Working Life*, 13-15 August 1991 Proceedings 3, Aavaranta series 29, Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, Finnish Employers Management Development Institute (FEMDI), pp 131-135, Helsinki

Vartia, M. *Psychological harassment (bullying, mobbing) at work*. In K. Kauppinen-Toropainen (ed), *OECD panel group on women, work and health. National report: Finland*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Publications 6/1993a ,149-152.

Vartia M. *The consequences of psychological harassment (mobbing) at work*. Paper presented at the III European Congress of Psychology, 1993b July 4-9, p 139 Book of abstracts, Tampere (Finland).

Vartia M. *The sources of bullying - psychological work environment and organizational climate*. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1996;5:203-14

Vartia M. *The consequences of workplace bullying with respect to the wellbeing of its targets and the observers of bullying*. Scandinavian Journal of Work Environ Health. 2001; 27(1):63-9.

Vartia, M. *Workplace bullying - a study on the work environment, well-being and health*. Doctoral Dissertation. People and Work research reports 56. 2003. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Vartia M & Hyyti J. *Gender differences in workplace bullying among prison officers*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 2002; 11(1), 113-126.

Vartia M & Hyyti J. *Violence in prison work*. 1999. Helsinki: Oikesuministeriön vankeinhoito julkaisu 1 (resumen en ingles).

Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, et al. *Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources*. British Journal of Psychiatry. 1997;170:529-35

Vedia C, Bonet S, Forcada C, Parellada N. *Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria*. Atención Primaria 2005; 36(5):239-45.

Vilaseca B. *¿Por qué cuesta tanto llevarse bien con el jefe?*. Artículo del 12.2.2012. El País Semanal.

Voss M, Floderus B, Diderichsen F. *Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post*. Occupational Environment Medicine. 2001;58(3):178-84.

Wade AG, Despiégl N, Danchenko N, et al. *How does remission in major depressive disorder impact resource use in UK does: A General Practitioner Research Database (GPRD) based study*. 23rd International Conference on Pharmaco epidemiology & Therapeutic Risk Management (ISPE). Québec City, Canada, 19-22August 2007.

Wade AG, Häring J. *A review of the costs associated with depression and treatment noncompliance: the potential benefits of online support*. International Clinical Psychopharmacology. 2010; Sep: 25(5):288- 96.

Wahlbeck K, Mäkinen M, editors. *Prevention of depression and suicide*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities, 2008.

Walsh, BR y Clarke, E. *Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression*. Work & Stress, 2003; 17, 170-181.

Warshaw LJ & Messite J. *Workplace violence: Preventive and interventive strategies*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 1996; 38, 993-1006.

Weinberg A, Creed F. *Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff*. Lancet 2000, 355: 533-7

Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, et al. *Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists*. American Journal of Psychiatry. 2007;164(2):276-82.

WHO. *Mental health in the WHO European Region. Fact sheet EURO/03/03.* Copenhagen, Vienna, 2003. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303e.pdf>.

WHO. *Revised Global Burden of Disease (GBD) Estimates. 2002.* Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>.

WHO. *The global burden of disease: 2004 update [informe] 2008 [consultado Nov 2011].* Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html

WHO. *Global Burden of Disease: 2004 update.* Geneve: Data; 2008. *Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates. World Health Organization, 2002.* Library Cataloguing-in-Publication. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>.

WHO. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor, 1992.

WHO. Informe Mundial sobre Salud mental: OMS. Banco Mundial. 2001.

Wilson CB. *U.S. businesses suffers from workplace trauma.* Personnel Journal, 1991; July, 47-50.

Wiesler Beate. *Beneficios y riesgos del antidepresivo reboxetina (Norebox).* British Medical Journal. BMJ;DOY:10.1136/bmj.c4737. Publicado en el Ojo científico 14.10.2010 ¿Estudios clínicos de medicamentos engañan al público?

Wittchen HU. *Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society.* Depress Anxiety 2002; 16:162-71.

Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, et al. *Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey.* International Clinical Psychopharmacology. 2000;15(6):319-28.

Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. *Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management.* Journal of Clinical Psychiatry. 2002; 63 (Suppl 8):24-34.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B., et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.* European Neuropsychopharmacology, 2011, 21, 655-679.

Wright L, Smye M. *Corporate abuse: How Learn and Mean Robs people and Profit.* 1997. New York: Simon and Schuster.

Yazici O. *After STAR*D: Treatment resistant depression.* Noropsikiyatri Arsivi 2009; 46 (2): 61-9.

Zapf, D. *Mobbing in Organisationen.* Ein Überblick zum Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeits und Organisationspsychologie, 1999; 43, 1-25.

Zapf, D. *Organisational, work group related and personal causes of mobbing/ bullying at work.* 1999a. International Journal of Manpower, 20 (1/2), 70-85.

Zapf, D. *Differences in mobbing (bullying) by supervisors and coworkers. Symposium on 'Mobbing'*. 1999b. Comunicación presentada en el X European Congress of Work and Organizational Psychology. Helsinki, Finlandia.

Zapf, D y Einarsen, S. *Mobbing at work: Escalated conflicts in organizations*. 2005. En S. Fox y P. E. Spector (Eds.), *Counterproductive behavior. Investigations of actors and targets*. Washington: American Psychological Association.

Zapf D, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. *Empirical findings on bullying in the workplace*. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice*. London/New York: Taylor and Francis; 2003, p. 103-126 y 222-41.

Zapf D, Escartín J, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. *Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace*. In Einarsen S. Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.), *Workplace bullying: Developments in theory, research and practice*. London & New York: Taylor & Francis; 2011

Zapf D y Gross C. *Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2001; 10, 497-522.

Zapf D, Knorz C, Kulla M: *On the Relationship between Mobbing Factors, and Job Content, Social Work Environment, and Health Outcomes. Mobbing and Victimization at Work*, compilado por Dieter Zapf y Heinz Leymann. Número especial de *The European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5(2): 215-237.

Zhang B y Wing YK. *Sex differences in insomnia: A metaanalysis*. *Sleep*, 2006; 29, 85-93.

Zhu B, Zhao Z, Ye W, et al. *The cost of comorbid depression and pain for individuals diagnosed with generalized anxiety disorder*. *Journal Nervous Mental Disorders*. 2009; 197(2):136-9.

Zimmernan M, McGlinchey JB, Posternak MA, et al. *How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective*. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:148-50.

Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I. *Diagnosing major depressive disorder I: A psychometric evaluation of the DSM-IV symptom criteria*. *Journal Nervous Mental Disorders*. 2006; 194(3):158-163.

Zimovetz E, Sorrel E Wolowacz S, Classi P and Birt J. *Methodologies used in cost-effectiveness models for evaluating treatments in major depressive disorder: a systematic review*. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2012, 10:1

Anexo 1. Conductas hostiles concretas de maltrato psicológico o actos de violencia psíquica

Los alemanes Zapf et al (1996), tras el análisis del cuestionario LIPT recogían las conductas sobre el fenómeno y las clasificaban en 7 factores. Posteriormente Zapf (1999) redujo a **cinco categorías** básicas (**en negrita**) que son las que se encuentran en los estudios típicos de *mobbing*

<p>1) Ataques a la víctima con medidas organizacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia Juzgar el desempeño de una persona de manera ofensiva Cuestionar las decisiones de una persona No asignar tareas a una persona Asignar tareas sin sentido Asignar a una persona tareas muy por debajo de sus capacidades Asignar tareas degradantes
<p>2) Ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social (conductas orientadas a conseguir el aislamiento de la víctima):</p> <ul style="list-style-type: none"> Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona Rehusar la comunicación con una persona a través de miradas y gestos Rehusar la comunicación con una persona a través de no comunicarse directamente con ella No dirigir la palabra a una persona Tratar a una persona como si no existiera
<p>3) Ataques a la vida privada de la víctima (con la finalidad de socavar su autoestima):</p> <ul style="list-style-type: none"> Críticas permanentes a la vida privada de una persona Terror telefónico Hacer parecer estúpida a una persona Dar a entender que una persona tiene problemas psicológicos Mofarse de las discapacidades de una persona Imitar los gestos, voces... de una persona Mofarse de la vida privada de una persona
<p>4) Violencia física:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ofertas sexuales, violencia sexual Amenazas de violencia física Uso de violencia menor Maltrato físico
<p>5) Ataques a las actitudes de la víctima:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ataques a las actitudes y creencias políticas Ataques a las actitudes y creencias religiosas Mofarse de la nacionalidad de la víctima
<p>6) Agresiones verbales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gritar o insultar Críticas permanentes del trabajo de la persona Amenazas verbales
<p>7) Rumores</p> <ul style="list-style-type: none"> Hablar mal de la persona a su espalda Difusión de rumores

Iñaki Piñuel, pionero en España en el estudio del *mobbing* en organizaciones laborales expone que las estrategias utilizadas para someter a la víctima a acoso psicológico son muy variadas, y la mayor parte de las veces se combinan unas con otras a modo de «tratamiento integral» (Piñuel, 2001):

- ⊗ Gritar, chillar, avasallar o insultar a la víctima cuando está sola o en presencia de otras personas.
- ⊗ Asignarle objetivos o proyectos con plazos que se saben inalcanzables o imposibles de cumplir, y tareas que son manifiestamente inacabables en ese tiempo.

- ⊗ Quitarle áreas de responsabilidad clave, ofreciéndole a cambio tareas rutinarias, sin interés o incluso ningún trabajo que realizar («hasta que se aburra y se vaya»).
- ⊗ Ignorarlo o excluirlo, hablando sólo a una tercera persona presente, simulando su no existencia (ninguneándolo) o su no presencia física en la oficina o en las reuniones a las que asiste («como si fuera invisible»).
- ⊗ Retener información crucial para su trabajo o manipularla para inducirle a error en su desempeño laboral, y acusarlo después de negligencia o faltas profesionales.
- ⊗ Extender por la empresa rumores maliciosos o calumniosos que menoscaban su reputación, su imagen o su profesionalidad.
- ⊗ Infravalorar o no valorar en absoluto el esfuerzo realizado, mediante la negativa a reconocer que un trabajo está bien hecho o la renuencia a evaluar periódicamente su trabajo.
- ⊗ Ignorar los éxitos profesionales o atribuirlos maliciosamente a otras personas o a elementos ajenos a él, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.
- ⊗ Criticar continuamente su trabajo, sus ideas, sus propuestas, sus soluciones, etc., caricaturizándolas o parodiándolas.
- ⊗ Castigar duramente cualquier toma de decisión o iniciativa personal en el desempeño del trabajo como una grave falta al deber de obediencia debida a la jerarquía.
- ⊗ Ridiculizar su trabajo, sus ideas o los resultados obtenidos ante los demás trabajadores.
- ⊗ Animar a otros compañeros a participar en cualquiera de las acciones anteriores mediante la persuasión, la coacción o el abuso de autoridad.
- ⊗ Invadir la privacidad del acosado interviniendo su correo, su teléfono, revisando sus documentos, armarios, cajones, etc., sustrayendo maliciosamente elementos clave para su trabajo

Anexo 2. Terminología empleada para describir las conductas, comportamientos o, episodios hostiles sistemáticas en el trabajo.

2.1 Resumen de autores, términos y definiciones del término mobbing, hostigamiento psicológico

Autor	Término	Definición
Brodsky (1976)	• <i>Harassment</i>	• Intentos repetidos y persistentes por parte de una persona de atormentar, agotar, frustrar o lograr una reacción de otra persona; es un trato que se caracteriza por la provocación persistente, la presión, el enfrentamiento, la intimidación u otros modos de comportamiento que causan incomodidad a otra persona.
Thylefors (1987)	• <i>Scapagoating</i>	• Una o más personas, durante un periodo de tiempo, son expuestas de modo repetitivo a acciones negativas por parte de uno o más individuos
Matthiesen, Raknes y Rökkum (1989)	• <i>Mobbing</i>	• Una o más conductas y reacciones duraderas y repetidas de una o más personas dirigidas a una o más personas de su grupo de trabajo.
Leymann (1990)	• <i>Mobbing / Psychological terror</i>	• Comunicación no ética y hostil dirigida de modo sistemático por una o más personas principalmente hacia una persona
Kile (1990)	• <i>Health endangering leadership</i>	• Actos de humillación y acoso continuos de larga duración por parte de un superior y que son expresados abiertamente o de modo encubierto.
Wilson (1991)	• <i>Workplace trauma</i>	• La desintegración de la autoestima del empleado como resultado del tratamiento continuo, real o percibido, deliberadamente maligno o malévolo por parte de un empleado o superior
Adams (1992)	• <i>Bullying</i>	• Crítica continua y abuso personal en público o en privado, con el fin de humillar y degradar a una persona.
Ashforth (1994)	• <i>Petty tyranny</i>	• Un líder utiliza su poder sobre los demás mediante la arbitrariedad y el "autobombao", despreciando a los subordinados, mostrando escasa consideración, utilizando un estilo basado en la fuerza para la resolución de conflictos, impidiendo la iniciativa y utilizando castigos no contingentes
Björkqvist, Österman y Hjelt-Bäck (1994)	• <i>Harassment</i>	• Actividades repetidas con el fin de causar sufrimiento psicológico (aunque algunas veces también físico) dirigido hacia uno o más individuos, que no son capaces de defenderse por sí mismos.
Varti (1996)	• <i>Harassment</i>	• Situaciones en las que una persona es expuesta repetidamente y durante cierto tiempo a acciones negativas por parte de una o más personas
Moran Astorga (2002)	• <i>Mobbing</i>	• El maltrato persistente, deliberado y sistemático de varios miembros de una organización, hacia un individuo con el objetivo de aniquilarlo psicológica y socialmente y de que abandone la organización.
Barón Duque (2003)	• <i>Mobbing</i>	• Frustración del fin de las relaciones laborales, como consecuencia del uso sistemático de la violencia psicológica en una organización de trabajo, contra una o varias personas, que ven alterados los presupuestos subjetivos de la causa y el objetivo de su contrato, así como su autoidentificación biopsicosocial, poniendo en peligro su salud, la de su entorno familiar y, finalmente, la de la sociedad

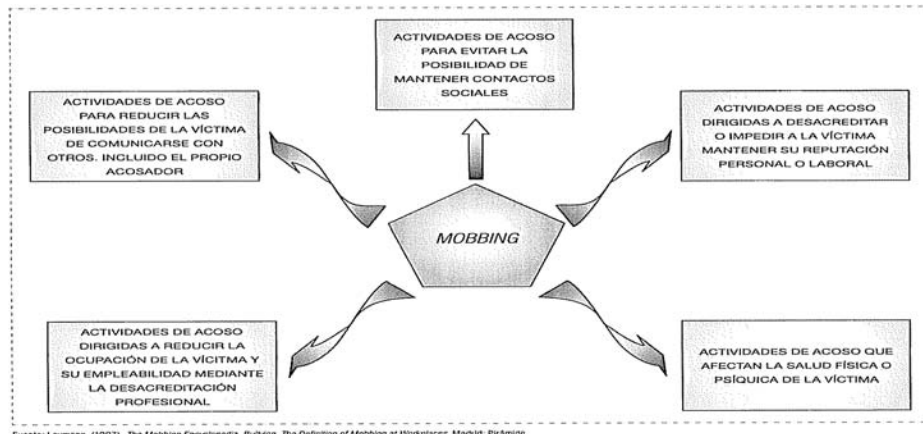
Fuente: M. C. Sáez & M. García-Izquierdo (2005). Violencia psicológica en el trabajo: Mobbing. Madrid: Psicología Práctico. pp. 191-204

2.2 Resumen de autores, términos y definiciones del término mobbing, hostigamiento psicológico según la perspectiva

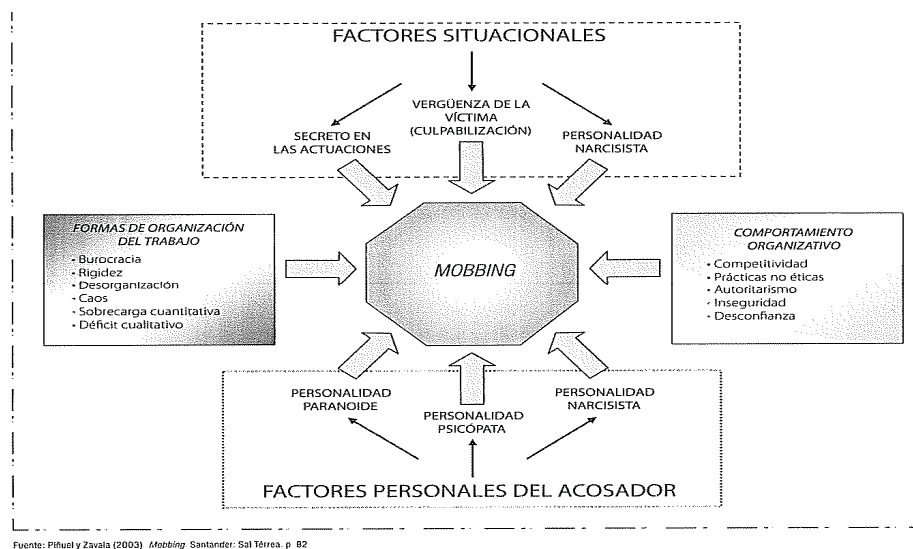
Construct	Perspective	Definition
Workplace harassment (Björkqvist et al., 1994, pp. 173-174)	Target	"Repeated activities, with the aim of bringing mental (but sometimes also physical) pain, and directed towards one or more individuals who, for one reason or another, are not able to defend themselves"
Workplace bullying/mobbing (Einarsen et al., 2003, p. 15)	Target	"Harassing, offending, socially excluding someone or negatively affecting someone's work tasks. In order for the label bullying to be applied to a particular activity, interaction or process, it has to occur repeatedly and regularly (e.g. weekly) and over a period of time (e.g. about six months)".
Emotional abuse (Keashly & Jagatic, 2003, p. 33)	Target	"Interactions between organizational members that are characterized by repeated hostile verbal and nonverbal, often nonphysical behaviors directed at a person(s) such that the target's sense of him/herself as a competent worker and person is negatively affected".
Workplace incivility (Anderson & Pearson, 1999, p. 457)	Target	"Low-intensity deviant behavior with ambiguous intent to harm the target, in violation of workplace norms for mutual respect. Uncivil behaviors are characteristically rude and discourteous, displaying a lack of regards for others".
Victimization (Aquino et al., 1999, p. 260)	Target	"Individual's perception of having been exposed, either momentarily or repeatedly, to the aggressive acts of one or more other persons".
Workplace aggression (Neuman & Baron, 2005, p. 21)	Actor	"Any form of behavior directed by one or more individuals in a workplace toward the goal of harming one or more others in that workplace (or the entire organizations) in ways the intended targets are motivated to avoid".
Abuse against others (Spector et al., 2006, p. 448)	Actor	"Harmful behaviors directed towards coworkers and others that harm either physically or psychologically through making threats, nasty comments, ignoring the person, or undermining the person's ability to work effectively".
Interpersonal deviance (Bennet & Robinson, 2000, p. 349)	Actor	Workplace deviance (i.e. "voluntary behavior that violates significant organizational norms and, in so doing, threatens the well-being of the organization or its members, or both") targeted towards individuals.

Anexo 3. Modelos de diferentes autores que ayudan a contextualizar el proceso del mobbing.

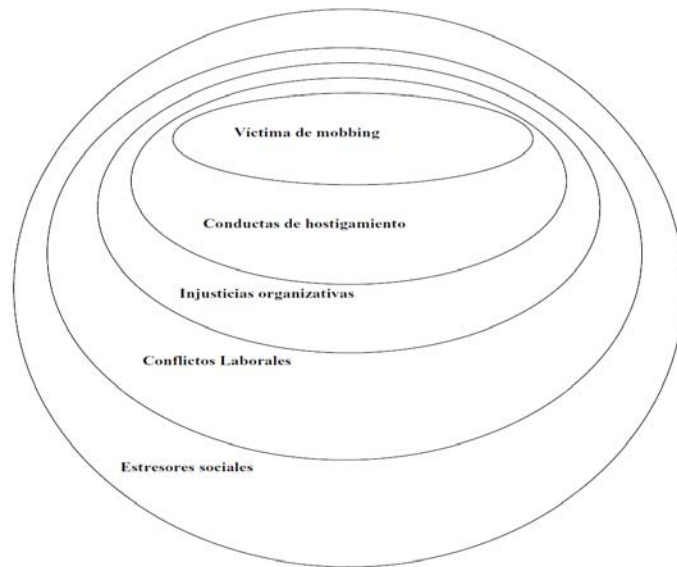
3.1. Modelo pentagonal de Leymann (1996) descripción del proceso de mobbing según las actividades de acoso



3.2. Modelo octogonal de Piñuel (2001) donde se seleccionan variables e indicadores propios de la organización.



3.3. Zapf (2004) propone un modelo representado en forma de cinco círculos concéntricos para ilustrar y facilitar la comprensión del mobbing, y sus distintas manifestaciones.



Anexo 4. Instrumentos y escalas de valoración de las conductas
Validación españolas de las versiones reducidas.

4.1. Las 45 Preguntas de Heinz Leymann. Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT).

A) Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros, incluido el propio acosador:

- 1. El jefe o acosador no permite a la víctima la posibilidad de comunicarse.
- 2. Se interrumpe continuamente a la víctima cuando habla.
- 3. Los compañeros le impiden expresarse.
- 4. Los compañeros le gritan, le chillan e injurian en voz alta.
- 5. Se producen ataques verbales criticando trabajos realizados.
- 6. Se producen críticas hacia su vida privada.
- 7. Se aterroriza a la víctima con llamadas telefónicas.
- 8. Se le amenaza verbalmente.
- 9. Se le amenaza por escrito.
- 10. Se rechaza el contacto con la víctima (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo, desdén o menosprecio, etc.).
- 11. Se ignora su presencia, por ejemplo dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no le vieran o no existiera).

B) Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales:

- 12. No se habla nunca con la víctima.
- 13. No se le deja que se dirija a uno.
- 14. Se le asigna a un puesto de trabajo que le aísla de sus compañeros.
- 15. Se prohíbe a sus compañeros hablar con él.
- 16. Se niega la presencia física de la víctima.

C) Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral:

- 17. Se maldice o se calumnia a la víctima.
- 18. Se hacen correr cotilleos y rumores orquestados por el acosador o el gang de acoso sobre la víctima.
- 19. Se ridiculiza a la víctima.
- 20. Se atribuye a la víctima ser una enferma mental.
- 21. Se intenta forzar un examen o diagnóstico psiquiátrico.
- 22. Se fabula o inventa una supuesta enfermedad de la víctima.
- 23. Se imitan sus gestos, su postura, su voz y su talante con vistas a poder ridiculizarlos.
- 24. Se atacan sus creencias políticas o religiosas.
- 25. Se hace burla de su vida privada.
- 26. Se hace burla de sus orígenes o de su nacionalidad.
- 27. Se le obliga a realizar un trabajo humillante.
- 28. Se monitoriza, anota, registra y consigna inequitativamente el trabajo de la víctima en términos malintencionados.

- ☐ 29. Se cuestionan o contestan las decisiones tomadas por la víctima.
- ☐ 30. Se le injuria en términos obscenos o degradantes.
- ☐ 31. Se acosa sexualmente a la víctima con gestos o proposiciones.
- D) Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional.
- ☐ 32. No se asigna a la víctima trabajo ninguno.
- ☐ 33. Se le priva de cualquier ocupación, y se vela para que no pueda encontrar ninguna tarea por sí misma.
- ☐ 34. Se le asignan tareas totalmente inútiles o absurdas
- ☐ 35. Se le asignan tareas muy inferiores a su capacidad o competencias profesionales.
- ☐ 36. Se le asignan sin cesar tareas nuevas.
- ☐ 37. Se le hace ejecutar trabajos humillantes.
- ☐ 38. Se le asignan tareas que exigen una experiencia superior a sus competencias profesionales.
- E) Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica de la víctima.
- ☐ 39. Se le obliga a realizar trabajos peligrosos o especialmente nocivos para la salud.
- ☐ 40. Se le amenaza físicamente.
- ☐ 41. Se agrede físicamente a la víctima, pero sin gravedad, a título de advertencia.
- ☐ 42. Se le agrede físicamente, pero sin contenerse.
- ☐ 43. Se le ocasionan voluntariamente gastos con intención de perjudicarla.
- ☐ 44. Se ocasionan desperfectos en su puesto de trabajo o en su domicilio.
- ☐ 45. Se agrede sexualmente a la víctima.

4.2. Estrategias de acoso añadidas en la versión española del LIPT (González de Rivera y López García-Silva, 2003)

- | |
|---|
| 46. Ocasionan daños en sus pertenencias o en su vehículo |
| 47. Manipulan sus herramientas (por ejemplo, borran archivos de su ordenador) |
| 48. Le sustracen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo |
| 49. Se divulgan informes confidenciales negativos sobre usted sin notificarle ni darle oportunidad de defenderse |
| 50. Las personas que le apoyan reciben amenazas o presiones para que se aparten de usted |
| 51. Devuelven, abren o interceptan su correspondencia |
| 52. No le pasan las llamadas o dicen que no está |
| 53. Pierden u olvidan sus encargos |
| 54. Callan o minimizan sus esfuerzos, logros, aciertos, y méritos |
| 55. Ocultan sus competencias y habilidades especiales |
| 56. Exageran sus fallos y errores |
| 57. Informan mal sobre su permanencia y dedicación |
| 58. Controlan de manera muy estricta su horario |
| 59. Cuando solicita un permiso especial o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades |
| 60. Se le provoca para obligarle a reaccionar emocionalmente |

4.3. Existe otro instrumento, la escala NAQ-RE, versión española adaptada del NAQ-R (Einarsen y Hoel, 2001), realizada por Sáez et al (2003). Mediante esta escala se pide a los sujetos que respondan con qué frecuencia en los últimos seis meses se produce en su trabajo cada uno de los 24 actos negativos que se les presenta, con cinco anclajes de respuesta (desde "nunca" hasta "diariamente"). Las 24 preguntas que incluye el NAQ-RE son:

Durante los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia se ha visto sometido a las siguientes situaciones en su trabajo? Por favor, indíquelo según la escala que aparece a continuación:					
1= Nunca; 2= De vez en cuando; 3= Una vez al mes; 4= Una vez a la semana; 5= Diariamente					
1. Se le oculta información necesaria de modo que dificulta su trabajo	1	2	3	4	5
2. Se producen insinuaciones sexuales que usted no desea	1	2	3	4	5
3. Se realizan comentarios hacia usted que en su opinión son ridículas o insultantes	1	2	3	4	5
4. Se le indica que realice un trabajo inferior a su nivel de competencia o preparación	1	2	3	4	5
5. Se le priva de responsabilidad en las tareas laborales	1	2	3	4	5
6. Percibe cotilleos o rumores sobre usted	1	2	3	4	5
7. Se le excluye de actividades sociales con los compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
8. Se realizan comentarios ofensivos sobre usted o su vida privada	1	2	3	4	5
9. Se le insulta verbalmente	1	2	3	4	5
10. Recibe atenciones en razón de su sexo que no desea	1	2	3	4	5
11. Recibe insinuaciones o indirectas diciéndole que debería abandonar el trabajo	1	2	3	4	5
12. Recibe amenazas o abusos físicos	1	2	3	4	5
13. Se le recuerda persistentemente sus errores	1	2	3	4	5
14. Percibe hostilidad hacia usted	1	2	3	4	5
15. Se le responde con silencio a sus preguntas o intentos de participación en las conversaciones	1	2	3	4	5
16. Se infravalora el resultado de su trabajo	1	2	3	4	5
17. Se infravalora el esfuerzo que realiza en su trabajo	1	2	3	4	5
18. Sus puntos de vista u opiniones no son tenidos en cuenta	1	2	3	4	5
19. Recibe mensajes o llamadas telefónicas ofensivas	1	2	3	4	5
20. Se siente objeto de bromas de mal gusto	1	2	3	4	5
21. Se infravaloran sus derechos u opiniones basándose en que sea hombre o mujer	1	2	3	4	5
22. Se infravaloran sus derechos u opiniones basándose en su edad	1	2	3	4	5
23. Se siente explotado en su trabajo	1	2	3	4	5
24. Percibe reacciones molestas de los compañeros debido a que trabaja demasiado	1	2	3	4	5

4.4. Otro instrumento utilizado fue la escala NAQ-RE, versión española del NAQ Einarsen y Raknes (1997) sobre acoso psicológico en el trabajo realizada por Moreno et al (2007) (Validación española de una versión reducida del NAQ).

Negative Acts Questionnaire (NAQ) [Spanish version]

Las siguientes acciones son, con frecuencia, entendidas como ejemplos de comportamientos negativos en el trabajo. Por favor, rodee con un círculo el número que mejor corresponda con su experiencia durante los últimos seis meses:

1	2	3	4	5
Nunca	De vez en cuando	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente

Durante los seis últimos meses, ¿con qué frecuencia ha sido víctima de los siguientes comportamientos negativos en su lugar de trabajo?

1. Me han restringido información que afecta a mi rendimiento
2. He sido ridiculizado en relación con mi trabajo
3. Me han ordenado tareas por debajo de mis competencias
4. Se han extendido chismes y rumores sobre mí
5. He sido ignorado, excluido o aislado físicamente
6. He sido víctima de insultos u ofensas en relación a mi forma de ser, mis actitudes o mi vida privada
7. He sido objeto de gritos o reacciones de cólera injustificada
8. He sido víctima de comportamientos intimidatorios como empujones, bloqueos o invasiones de mi espacio personal
9. Me han recordado constantemente cualquier error o fallo que he cometido
10. Mis opiniones y puntos de vista han sido ignorados
11. He sido controlado y/o vigilado en extremo
12. He recibido presiones para que no reclamase algo que por derecho me corresponde (baja por enfermedad, vacaciones, etc.)
13. He sido expuesto a una carga de trabajo imposible de llevar a cabo
14. He sido objeto de amenazas de violencia o abuso físico

El acoso psicológico consiste en continuadas actitudes hostiles, dirigidas de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, con el fin de desprestigiar, humillar, aislar y, en último término, provocar el abandono del puesto de trabajo. Usando esta definición, por favor señale si ha sido acosado psicológicamente en el trabajo durante los últimos seis meses

No	<input type="checkbox"/>	Sí, raramente	<input type="checkbox"/>
Sí, de vez en cuando	<input type="checkbox"/>	Sí, varias veces al mes	<input type="checkbox"/>
Sí, varias veces por semana	<input type="checkbox"/>	Sí, prácticamente a diario	<input type="checkbox"/>

¿Cuándo comenzó el acoso psicológico?

Durante los últimos seis meses	<input type="checkbox"/>	Hace unos 6 o 12 meses	<input type="checkbox"/>
Hace 1 o 2 años	<input type="checkbox"/>	Hace más de 2 años	<input type="checkbox"/>

Acoso Laboral (Work-related bullying): Items 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12 and 13.

Acoso Personal (Personal bullying): Items 4, 5, 6, 7, 8 and 14.

Anexo 5. Davenport et al (1999) fueron los pioneros al atraer la atención del público de Estados Unidos con la publicación del libro *Mobbing: emotional abuse in the American workplace*, donde describe el fenómeno y sus consecuencias:

Factores clave del síndrome de acoso psicológico

Síndrome de Acoso psicológico: 10 factores

- Agresiones a la dignidad, la integridad, la credibilidad y la competencia
- Comunicación negativa, humillante, intimidatoria, abusiva, malévola y controladora
- Cometidas directa o indirectamente, de maneras sutiles u obvias
- Perpetradas por ≥ 1 [uno o más] miembros del personal*
- Ocurren de manera continua, múltiple y sistemática con el paso del tiempo
- Describen a la víctima como culpable
- Diseñadas para desacreditar, confundir, intimidar y aislar a la persona, y obligarla a la sumisión
- Cometidas con la intención de expulsar a la persona [obligarla a marcharse]
- Presentan la destitución como elección de la víctima
- No reconocidas, mal interpretadas, ignoradas, toleradas, alentadas o incluso instigadas por la gerencia

Fases del proceso de acoso psicológico laboral

Fases del *mobbing*

- Conflicto, con frecuencia caracterizado por un “incidente crítico”
- Actos agresivos, tales como los del **Cuadro 1**
- Involucramiento de la gerencia
- [Individuo] Marcado como difícil o enfermo mental
- Expulsión o renuncia del lugar de trabajo

Grados de mobbing.

Grados de *mobbing*

- **Primer grado:** La víctima se las arregla para resistir, escapa en una etapa temprana, o es completamente rehabilitada en el lugar de trabajo original o en otro lugar.
- **Segundo grado:** La víctima no puede resistir o escapar de inmediato y sufre incapacidad mental y/o física temporal o prolongada y tiene dificultades para volver a entrar en la fuerza de trabajo
- **Tercer grado:** La víctima no puede reingresar a la fuerza de trabajo y sufre una incapacidad mental o física grave, de larga duración

Anexo 6: Possible effects of exposure to stress and various types of violence (Hoel et al, 2003)

EFFECTS ON:	STRESS	ROBBERIES & ASSAULT	DOMESTIC VIOLENCE	BULLYING/M OBGING	SEXUAL HARASSMENT
Individuals					
Stress effects: Physiological, psychological Behavioural	✓	✓	✓	✓	✓
PTSD	✓	✓	✓	✓	✓
Poor concentration	✓	✓	✓	✓	✓
Social withdrawal/ Deterioration of relationship	✓	✓	✓	✓	✓
Irritability	✓	✓	✓	✓	✓
Insecurity	✓	✓	✓	✓	✓
Obsessive				✓	
Tobacco/ Alcohol cons.	✓	✓	✓	✓	✓
Motivation	✓	✓	✓	✓	✓
Commitment	✓	✓		✓	✓
Job dissatisfaction	✓	✓	✓	✓	✓
Fear (target)		✓	✓	✓	✓
Fear (witness)				✓	✓
Involuntary termination of contract				✓	✓
Suicide				✓	

Anexo 7. Daño psíquico en víctimas de delitos violentos (Echeburúa 2005, ampliada)

- Ansiedad: sintomatología asociada al estrés mental que soporta, con somatizaciones variadas: tos crónica, vómitos, diarreas, estreñimiento, taquicardias, hipertensión, estrés, mareos, vértigo, sensación de ahogo, rampas en extremidades, parestesias, temblores, sofocaciones, tensión muscular, bajada de defensas (aumento de infecciones), dolores inespecíficos de cabeza, mialgias, cefaleas, cervicalgias,
- Depresión: falta de energía, cansancio extremo, apatía total, fatiga crónica, abulia, astenia, adinamia, agotamiento, clinofilia, sentimientos de tristeza, vacío, desesperanza, pesimismo, impotencia, anhedonia, labilidad emocional, enfermedad médica inespecífica (dolor crónico, malestar gastrointestinal, vértigo), pérdida de peso, los días se hacen interminables, fibromialgias.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión, impotencia y desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño (insomnio crónico, sueño no reparador, cambio de ciclo vigilia-sueño)
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento) actitud fría, distante, despectiva
- Desarrollo de sentimientos negativos: estigmatización, humillación, vergüenza, culpa, ira, tristeza, vacío, desesperanza, pesimismo, impotencia, e inutilidad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso, relaciones centradas en su problemática que generan en sus amigos o conocidos cansancio y abandono
- Irritabilidad, hipervigilancia, agresividad, odio, ira y rencor hacia la persona agresora con deseo de venganza, respuestas exageradas de sobresalto, alerta, autodefensa, que intenta contrarrestar con estimulantes (café, té, tabaco....) o con comportamientos substitutivos como abuso de alcohol o adicciones a drogas de evasión
- Dificultad en las relaciones en el hogar: incomprensión (con comentarios y juicios sobre la dudosa veracidad de lo sucedido) discusiones, conflictos, disfunción sexual, problemas de comunicación entre padres e hijos, la aparición de problemas escolares, separaciones o divorcios
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso (indefensión), y pérdida de control sobre la propia vida (incontrolabilidad): llanto, anhedonia, hipersensibilidad a las críticas, dificultad de expresar sus sentimientos que le conduce a actitudes de soledad, evitación y retraimiento
- Cambio en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo: empieza a reaccionar a la pérdida de refuerzo social, porque nadie parece valorar lo que hace ni reconocer sus méritos (<i>"Si alguien que tiene razones para alabarte no lo hace, te está atacando"</i> dice Francesco Alberoni en su libro <i>"Ten Coraje"</i> ; Gedisa, Barcelona 1999).
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre, inadaptación social (huida, agorafobia) evitación del lugar/es

donde se produjo el acoso; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Pérdida de entusiasmo e interés en actividades anteriormente gratificantes
- Cansancio emocional: agotamiento y desgaste mental, confusión, pérdida de concentración y memoria, discurso enlentecido, disperso y ausente, con marcada indecisión, inseguridad y amnesia, que dificulta el seguimiento del mismo, apatía, dificultad en la toma de decisiones,
- Cambios en su apariencia física, signos de cansancio, rictus de dejadez, hastío, deterioro de su imagen física, abandono de las actividades básicas diarias.
- Secuelas laborales se mantiene la idea de huir del lugar de la agresión, pues se asocia el trabajo con un ambiente hostil que ocasiona sufrimiento, miedo, angustia, sensación de amenaza constante. Solicitud de traslados en la misma empresa, o cambio de empresa. La no solución del conflicto genera un sentimiento de inadecuación profesional, pérdida de gratificación personal, deterioro de la capacidad laboral, impotencia, frustración, desmotivación e insatisfacción, con disminución del rendimiento laboral, que poco a poco desembocarán en ausencias laborales temporales y/o permanentes por la imposibilidad de desarrollar su trabajo.

Anexo 8. Categorización clínica de los síndromes de acoso.

8.1. Análisis Factorial de los síntomas declarados por empleados que informan de actividades de mobbing. (Leymann, 1992a)

<i>Grupo 1</i>		<i>Grupo 3</i>	
Alteraciones de la memoria	0.5	Dolor en el pecho	0.6
Dificultades de concentración	0.5	Sudoración	0.6
Desalentado, deprimido	0.5	Sequedad de la boca	0.5
Falta de iniciativa, apatía	0.6	Palpitaciones del corazón	0.6
Fácilmente irritado	0.7	Falta de aliento	0.7
Inquietud general	0.7	Aumento repentino [del flujo] de sangre	0.8
Agresivo	0.6		
Sentimiento de inseguridad	0.6	<i>Grupo 4</i>	
Sensible a las adversidades	0.8	Dolor de espalda	0.7
		Dolor de cuello (parte posterior)	0.7
		Dolor muscular	0.6
<i>Grupo 2</i>		<i>Grupo 5</i>	
Pesadillas	0.6	Dificultades para conciliar el sueño	0.6
Dolor abdominal o del estómago	0.6	Sueño interrumpido	0.7
Diarrea	0.7	Despertar prematuro	0.7
Vómitos	0.7		
Sensación de enfermedad	0.8	<i>Grupo 6</i>	
Pérdida del apetito	0.6	Debilidad en las piernas	0.6
Nudo en la garganta	0.5	Debilidad	0.6
Llanto	0.5		
Solitario, sin contacto	0.6	<i>Grupo 7</i>	
		Desmayo	0.8
		Temblor	0.6

8.2. Somatizaciones del acoso psicológico en el trabajo (APT) sobre la salud del trabajador afectado. Piñuel (2001)

Efectos cognitivos e hiperreacción psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Olvidos • Dificultad para concentrarse • Decaimiento/depresión • Apatía, falta de iniciativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud/nerviosismo/agitación • Agresividad/ataques de ira • Sentimientos de inseguridad • Hipersensibilidad a los retrasos • Irritabilidad
Síntomas de desajuste del sistema nervioso autónomo	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores de pecho • Sudoración • Sequedad en la boca • Palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Sofocos • Sensación de falta de aire • Hipertensión/hipotensión arterial neuralmente inducida
Síntomas de desgaste físico producido por un estrés mantenido mucho tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores de espalda y lumbares 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores musculares • Dolores cervicales
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para conciliar el sueño • Sueño interrumpido 	<ul style="list-style-type: none"> • Despertar temprano
Cansancio y debilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmayos • Temblores

Fuente: Piñuel y Zavala I (2001) Mobbing. *Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Sal Térrea p. 154

8.3. Efectos generales del mobbing sobre la salud y calidad de vida de los trabajadores en tres niveles. (Báguena et al, 2006).

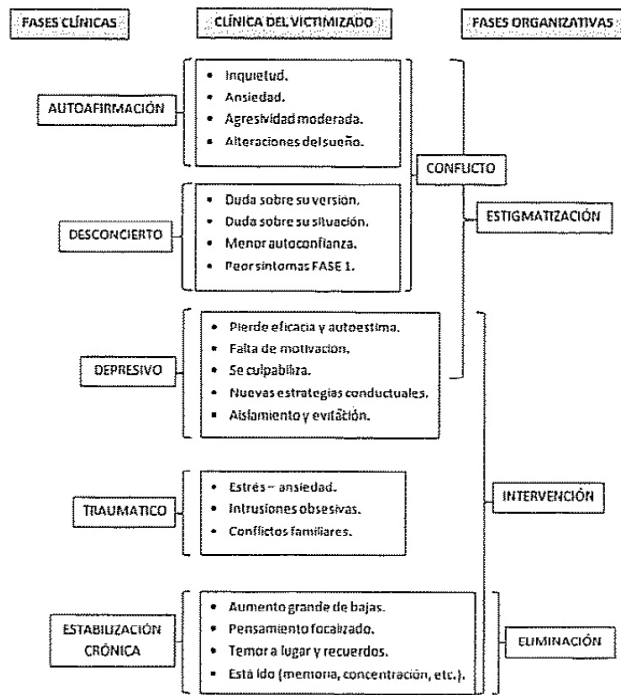
Nivel Psicopatológico	Nivel Psicósomático	Nivel Conductual
Reacciones ansiedad	Hipertensión arterial	Reacciones auto y heteroagresivas
Apatía	Ataques de asma	Trastornos en la alimentación
Reacciones evitación	Palpitaciones cardíacas	Incremento en la ingesta de alcohol y drogas
Problemas de concentración	Enfermedad del corazón	Incremento en el consumo de tabaco
Estado de ánimo depresivo	Dermatitis	Disfunción sexual
Reacciones de miedo	Pérdida de cabello	Aislamiento social
<i>Flashbacks</i>	Dolor de cabeza	
Hiperactivación	Dolor en músculos y articulaciones	
Inseguridad	Pérdida de equilibrio	
Insomnio	Migraña	
Pensamientos intrusivos	Dolor de estómago	
Irritabilidad	Úlceras de estómago	
Falta de iniciativa	Taquicardia	
Melancolía		
Cambios en el estado de ánimo		
Pesadillas recurrentes		

8.4. Formas de evolución crónica del síndrome de APT (González de Rivera, 2005)

1. Negación: El afectado pretende que no pasa nada y que la vida es así
2. Depresivo: Como un trastorno de depresión mayor
3. Hostil-Paranoide: Con predominio de rasgos de hipersensibilidad y vengatividad
4. Psicósomático: Con predominio de trastornos funcionales, que suelen ser, sobre todo, de tipo músculo-articular, digestivo o cardiovascular.
5. Mixto: Síntomas de todo tipo presentes, sin predominio claro de ninguno de ellos. Frecuentemente diagnosticado como "trastorno ansioso-depresivo"

Anexo 9. Correspondencia entre los estadios clínicos y fases organizativas en el desarrollo del acoso psicológico (modificado de González de Rivera y López García-Silva, 2003)

Correspondencia entre estadios clínicos y fases organizativas en el desarrollo del acoso psicológico



Rivera, L de y López García-Silva, JA, 2003

Estadio Clínico	Síntomas	Fase de Mobbing
Autoafirmación	Inquietud, protestas Agresividad moderada Insomnio leve	Conflicto
Desconcierto	Dudas sobre su versión Pérdida auto confianza Frustración	Estigmatización
Depresivo	Cansancio emocional Evitación y aislamiento Inadecuación y culpa	Estigmatización e intervención
Traumático	Intrusiones obsesivas Conflictos múltiples Sueños ansiógenos	Intervención y eliminación
Estabilización	Incapacidad laboral Presión focalizada del pensamiento Hostilidad-depresión	Eliminación

Anexo 10. Algoritmo de la Ansiedad (abreviado) (DSM-IV AP, 1997)
(se han marcado como ayuda los pasos correspondientes a los trastornos más habitualmente relacionados como consecuencia del *mobbing*.)

Los síntomas incluyen:

- Temor.
- Preocupación.
- Pensamientos o impulsos repetitivos, intrusos e inapropiados.
- Síntoma médico inespecífico.

Paso 1: Considerar el papel de una enfermedad médica o consumo de sustancias y tener en cuenta si la ansiedad se explica mejor con otro trastorno mental:

- F06.4 *Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.*
- F10.8 *Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.*
- F19.8 *Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (incluyendo la medicación).*
- *Otros trastornos mentales.*

Paso 2: Si los síntomas son crisis de angustia recurrentes, considerar:

- F40.01 *Trastorno de angustia con agorafobia* o F41.0 *Trastorno de angustia sin agorafobia.*
- *Crisis de angustia que se dan en el contexto de otros Trastornos de ansiedad.*

Paso 3: Si el síntoma es el temor, evitación o anticipación, considerar:

- F40.1 *Fobia social*, evitación de situaciones sociales en las que el sujeto se ve expuesto a una posible evaluación.
- F40.2 *Fobia específica*, evitación de situaciones u objetos específicos.
- F40.01 *Trastorno de angustia con agorafobia*, evitación de situaciones donde escapar puede resultar difícil en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia.
- F40.00 *Agorafobia sin historia de trastorno de angustia*, evitación de una situación en la que puede resultar difícil escapar en caso de que se presenten síntomas similares a la crisis de angustia.

Paso 4: Si los síntomas incluyen temor a la separación, considerar:

- F93.0 *Trastorno por ansiedad de separación.*

Paso 5: Si la preocupación o ansiedad está relacionada con pensamientos recurrentes y persistentes (obsesiones) y/o con rituales o actos mentales recurrentes (pulsiones), considerar:

- F42.8 *Trastorno obsesivo-compulsivo.*

Paso 6: Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, considerar:

- F43.1 *Trastorno por estrés postraumático*, si los síntomas duran al menos 4 semanas.
- F43.0 *Trastorno por estrés agudo*, si los síntomas duran menos de 4 semanas.

Paso 7: Los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se asocian a una variedad de acontecimientos o situaciones y han durado al menos 6 meses, considerar:

- F41.1 *Trastorno de ansiedad generalizada* (ver episodio 2).

Paso 8: Si los síntomas se dan en respuesta a un estresante psicosocial específico, considerar:

- F43.28 *Trastorno adaptativo con ansiedad.*
- F43.22 *Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.*

Paso 9: Si la ansiedad es clínicamente significativa y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos específicos descritos anteriormente, considerar:

- F41.9 *Trastorno de ansiedad no especificado.*

Paso 10: Si el clínico ha determinado que no existe un trastorno, pero necesita indicar la presencia de síntomas, considerar:

- Ansiedad.

Anexo 11. Algoritmo del Estado de ánimo depresivo (abreviado) (DSM-IV AP, 1997) (se ha marcado el paso correspondiente a los trastornos más habitualmente relacionados como consecuencia del *mobbing*.)

Los síntomas incluyen:

- Falta de energía.
- Insomnio.
- Pérdida de peso.
- Enfermedad médica inespecífica (p. ej., dolor crónico, malestar gastrointestinal, vértigo).

Paso 1: Considerar el papel de una enfermedad médica o consumo de sustancias y tener en cuenta si el estado de ánimo depresivo se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

- F06.xx *Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.*
- F10.8 *Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.*
- *Otros trastornos mentales.*

Paso 2: Si el estado de ánimo o la pérdida de interés o del placer persisten durante al menos 2 semanas, considerar:

- F32.x *Trastorno depresivo mayor, episodio único.*
- F33.x *Trastorno depresivo mayor, recidivante.*

Paso 3: Si durante al menos 2 años ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él (en adultos; o 1 año en niños), considerar:

- F34.1 *Trastorno distímico.*

Paso 4: Si el estado de ánimo está asociado a la muerte de una persona querida y ha durado menos de 2 meses, considerar:

- Z63.4 *Duelo.*

Paso 5: Si el estado de ánimo depresivo se da en respuesta a un estresante psicosocial identificable y NO cumple criterios para ninguno de los trastornos anteriores, considerar:

- F43.20 *Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.*
- F43.22 *Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.*

Paso 6: Si el estado de ánimo depresivo es clínicamente significativo y no se cumplen los criterios para ninguno de los trastornos descritos anteriormente, considerar:

- F32.9 *Trastorno depresivo no especificado.*

Paso 7: Si el clínico ha determinado que no existe un trastorno, pero necesita indicar la presencia de síntomas, considerar:

- Tristeza.
- Disminución de energía.
- Insomnio.

Anexo 12. Criterios diagnósticos del Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, del Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo y procedimientos de tipificación del resto de trastornos adaptativos (DSM-IV AP, 1997)

Si el estado de ánimo depresivo se da en respuesta a un estresante psicosocial identificable y no cumple ninguno de los criterios para los trastornos depresivos (véase **Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo en el estadio 4**), considerar:

F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

(Resumen de los criterios del DSM-IV)

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante (p. ej., pérdida de trabajo, divorcio).

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos y se expresan del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante, o

2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para ninguno de los trastornos del estado de ánimo anteriores u otros trastornos mentales, y no constituye una simple exacerbación de un trastorno mental ya existente o una enfermedad médica.

D. Los síntomas no persisten más de 6 meses después del cese del estresante.

Procedimientos de tipificación:

Estos mismos criterios son útiles para todos los trastornos adaptativos, teniendo en cuenta que los individuos deberán presentar en vez de depresión, o además, la sintomatología que corresponde al trastorno a diagnosticar:

F43.28 con ansiedad, F43.24 con trastorno del comportamiento, F43.25 con alteración mixta de las emociones y del comportamiento, y el F43.9 no especificado.

Información clínica adicional:

El malestar subjetivo o deterioro de la actividad asociado al trastorno adaptativo suele manifestarse por una disminución del rendimiento laboral o académico y con cambios temporales en las relaciones sociales. Los Trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio y tentativas de suicidio. Si los síntomas persisten durante más de 6 meses después del cese del estresante, considérense todos los demás trastornos del algoritmo (Anexo 2). El trastorno adaptativo se considera agudo si los síntomas duran menos de 6 meses, y crónico si el estresante es crónico y la alteración dura 6 meses o más. **No se debe realizar el diagnóstico de este trastorno si se cumplen criterios para otro trastorno.**

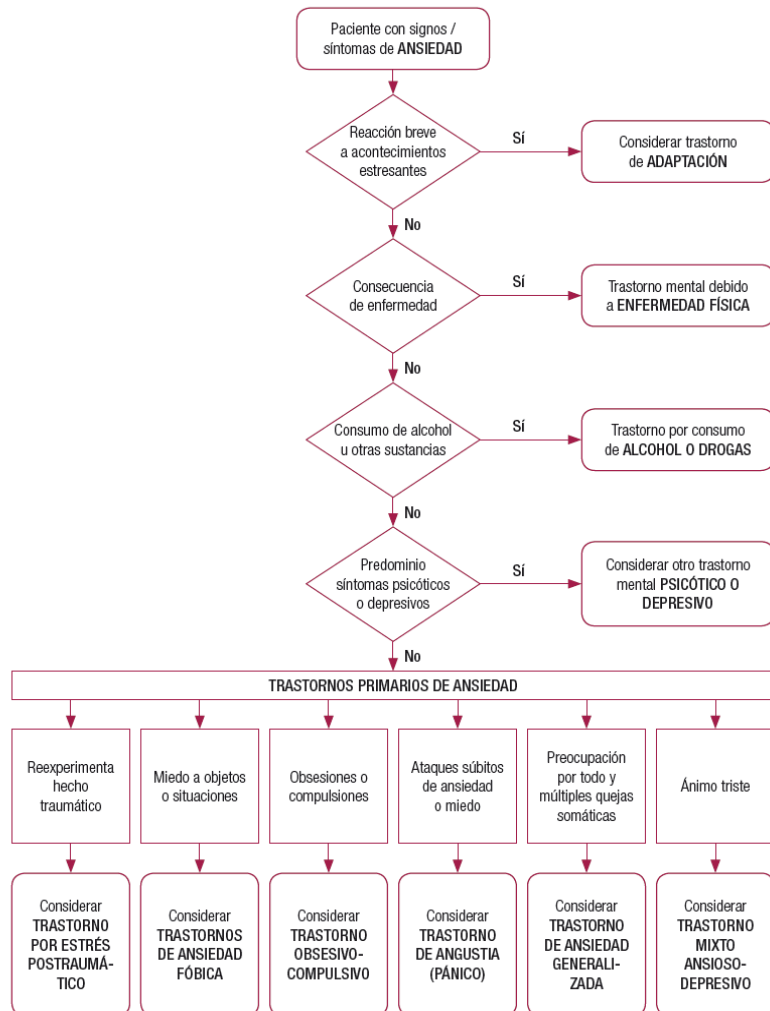
Anexo 13. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias (GuíaANS, 2008)

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
	Trastorno por estrés agudo
	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
	Trastorno de ansiedad no especificado
	Otros trastornos neuróticos

Anexo 14. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP (GuíaANS, 2008)

CIE-10	Trastorno (según DSM-IV-TR-AP)	CIE - 9
F06.4	Trastorno por ansiedad debido a (indicar enfermedad)	[293.84
F10.8	Trastorno por ansiedad inducido por alcohol	[291.89
F19.8	Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias	[292.89
F40.01	Trastorno por ansiedad con agorafobia	[300.21
F41.0	Trastorno por ansiedad sin agorafobia	[300.01
F40.1	Fobia social	[300.23
F40.2	Fobia específica	[300.29
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	[300.22
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación	[309.21
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo	[300.3
F43.1	Trastorno por estrés postraumático	[309.81
F43.0	Trastorno por estrés agudo	[308.3
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada	[300.02
F43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad	[309.24
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado	[300.00

Anexo 15. Algoritmo diagnóstico de un paciente con síntomas de ansiedad (GuíaANS, 2008)



Fuente: Modificado de: Pascual Pascual P., Villena Ferrer A., Morena Rayo S., Téllez Lapeira J. M. *El paciente ansioso*. [Internet]. Fistera.com; 2005.

Anexo 16. Criterios diagnósticos del Trastorno por estrés agudo (DSM-IV AP, 1997)

Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, considerar trastorno de estrés postraumático **o Trastorno por estrés agudo** si los síntomas persisten al menos 2 semanas pero no más de 4 semanas.

Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional. Si se mantiene en el tiempo puede cronificarse y pasar al siguiente estadio de F 43.1 **Trastorno de estrés postraumático**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes, amenazas o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo, que implica una amenaza seria para su integridad física o la de los demás.

(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

El riesgo de que presente este trastorno aumenta si están presentes además agotamiento físico o factores orgánicos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

(1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.

(2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).

(3) Desrealización (alteración de la percepción o experiencia del mundo exterior haciendo que parezca extraño o irreal (p.ej., la gente parece poco familiar o mecánica).

(4) Despersonalización (alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, en la que uno siente distanciamiento, o ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p.ej., sentirse como si estuviera en un sueño)).

(5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

<p>Anexo 17. Criterios diagnósticos del Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV AP, 1997)</p>
<p>Si los síntomas de ansiedad y preocupación intensos se relacionan con una variedad de acontecimientos o situaciones, considerar:</p>
<p>F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (descripción breve)</p>
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que son exageradas en cuanto a la probabilidad o efecto de los acontecimientos temidos.</p> <p>B. La preocupación es intensa y difícil de controlar.</p> <p>C. La preocupación se asocia a síntomas de tensión motora (p. ej, temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).</p> <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de las actividades del individuo.</p> <p>E. La alteración se prolonga más de 6 meses.</p>
<p>Información clínica adicional:</p> <p>Si bien la ansiedad es un síntoma frecuente, el trastorno de ansiedad generalizada es relativamente poco frecuente y sólo debe considerarse si la ansiedad no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p> <p>Por ejemplo, se considerará otro trastorno mental si la ansiedad o preocupación hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (trastorno de angustia), a pasarlo mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo compulsivo), a aumentar de peso (anorexia nerviosa), a padecer una enfermedad grave (hipocondría) o a tener un defecto en el aspecto físico (trastorno dismórfico corporal). Este trastorno puede coexistir con un trastorno del estado de ánimo, con otros trastornos de ansiedad y con trastornos relacionados con sustancias.</p>

Anexo 18. Criterios diagnósticos del Trastorno por estrés postraumático (DSM-IV AP, 1997) (American Psychiatric Association, 1994)

Si los síntomas se relacionan con la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos y los síntomas duran al menos 4 semanas, considerar:
F43.1 Trastorno por estrés postraumático (descripción breve)

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado de manera persistente a través de recuerdos que provocan malestar, sueños, sensaciones de que el acontecimiento está ocurriendo, malestar psicológico intenso o respuestas fisiológicas cuando la persona se expone a estímulos que representan el acontecimiento.
- C. La persona evita persistentemente los estímulos asociados al trauma y presenta embotamiento de la respuesta general.
- D. Síntomas permanentes de aumento de la actividad (arousal), como alteraciones del sueño, respuestas exageradas de sobresalto o hipervigilancia.
- E. Los síntomas de los criterios B, C y D duran por lo menos 1 mes, y la alteración provoca malestar clínico significativo o deterioro social o laboral.

Información clínica adicional:

- A. El acontecimiento traumático se define como aquél que representa un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física (p. ej., violaciones o agresiones, combates en el frente de guerra, destrucción de la comunidad propia, bombardeos, torturas, accidentes de avión). La exposición al acontecimiento puede ser directa (p. ej., la amenaza de la propia vida) o indirecta (p. ej., ser testigo de un accidente de avión, oír la noticia de que la esposa de alguien murió en un accidente de tráfico).
- B. La reexperimentación del acontecimiento (criterio B) puede darse de las siguientes formas: imágenes recurrentes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback (reviviscencia) o la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo o malestar al exponerse a los recuerdos del acontecimiento.
- C. Ejemplos de evitación del criterio C son esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático; evitación de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; reducción acusada del interés o la participación en actividades, y restricción de la vida afectiva.
- D. Los síntomas de aumento de la activación (criterio D) son dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora. Con frecuencia se asocian otros trastornos, como el trastorno depresivo mayor, fobias o trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses o incluso años hasta que se manifiesten los síntomas.
- E. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suelen recuperarse completamente en los primeros 3 meses, y en otras ocasiones todavía persisten algunos síntomas 12 meses después del acontecimiento traumático. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno.

Anexo 19. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10 (WHO, 1992)

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos: <ul style="list-style-type: none">- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente provocan respuesta- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de lo normal- Empeoramiento matutino de humor depresivo- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotora claras (observadas o referidas por terceras personas)- Presencia de enlentecimiento motor o agitación- Pérdida marcada de apetito.- Pérdida de peso de la menos 5 % en el último mes- Notable disminución del interés sexual
Fuente: Adaptado de OMS: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992

Anexo 20. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (WHO, 1992)

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo:</p> <ul style="list-style-type: none">- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.- El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.- Marcada pérdida de los intereses o capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ul style="list-style-type: none">- Quejas o disminución de la capacidad de atención, concentración y de pensamiento, acompañada de falta de decisión y vacilaciones.- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.- Reproches hacia sí mismo desproporcionado y sentimientos de culpa y de ser inútil, excesiva e inadecuada (incluso en los episodios leves).- Pensamientos recurrentes y actos de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida (autoagresiones).- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático:</p> <p>Episodio depresivo leve: Están presentes 2 o 3 síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades</p> <p>Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (laborales, domésticas, sociales).</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados, angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas suicidas y los síntomas somáticas importantes están presentes casi siempre. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>
<p>Fuente OMS: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992</p>

Anexo 21. Criterios de Episodio Depresivo Mayor (EDM), según el DSM-IV-TR (APA, 2003)

A- El diagnóstico se establece por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

(2) disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás).

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva u observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, medicamento) o una enfermedad médica (hipotiroidismo...).

E- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Anexo 22. Cambios o transformación de la personalidad tras una situación de acoso psicológico en el trabajo (APT) causada por un TEPT, descrita por De Rivera (2011).

Piñuel (2001) describe la nueva personalidad de la víctima de APT

<p>Nueva personalidad predominante obsesiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hostil y suspicaz hacia el entorno • Sentimiento crónico de nerviosismo o de encontrarse en peligro • Fijación compulsiva en el propio destino en un grado que excede la tolerancia de los que le rodean, hecho que provoca el aislamiento y la soledad de la víctima • Hipersensibilidad respecto a las injusticias cometidas con otras personas, en una forma compulsiva
<p>Nueva personalidad predominante depresiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de vacío y desesperanza • Incapacidad crónica para disfrutar o sentir placer con nada • Elevado riesgo de presentar conductas adictivas
<p>Nueva personalidad predominante resignada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social voluntario • La víctima no se siente parte de la sociedad • La víctima muestra una actitud cínica hacia el mundo

Fuente: Piñuel y Zavala. I (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Madrid, Sal Térrea. p. 173

Criterios diagnósticos de la CIE-10 (WHO, 1992) para describir la transformación de la personalidad:

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c) Susplicia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
- e) Predisposición a los celos patológicos.
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.
- g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye:

Personalidad expansiva.
 Personalidad paranoide.
 Personalidad sensitiva paranoide.
 Personalidad querulante.
 Trastorno expansivo de la personalidad.
 Trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.
 Trastorno querulante de la personalidad.

Excluye:

Esquizofrenia (F20.-).
 Trastorno de ideas delirantes (F22.).

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- b) Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo.

- c) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d) Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f) Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- g) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye:

- Esquizofrenia (F20.-).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Síndrome de Asperger (F84.5).
- Trastorno de ideas delirantes (F22.0).
- Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye:

- Personalidad explosiva y agresiva.
- Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

- Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.
- b) Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.
- c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.
- d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.
- e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.
- f) Rigidez y obstinación.
- g) Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.
- h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye:

- Personalidad compulsiva.
- Personalidad obsesiva.
- Trastorno compulsivo de la personalidad.
- Trastorno obsesivo de la personalidad.

Excluye:

- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
 - b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
 - c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
 - d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
 - e) Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
 - f) Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.
- Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

Transformación persistente de la personalidad que puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés post-traumático (F43.1). Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que haya una fase intermedia de un trastorno de estrés post-traumático manifiesto. Sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que las investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente.

Pautas para el diagnóstico

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo:

- a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
- b) Aislamiento social.
- c) Sentimientos de vacío o desesperanza.
- d) Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado.
- e) Vivencia de extrañeza de sí mismo.

Esta transformación de la personalidad debe haber estado presente por lo menos durante dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés post-traumático (F43.1).

Incluye: Transformación de la personalidad tras experiencias de campo de concentración, desastres y catástrofes, cautiverio prolongado con peligro inminente de ser ejecutado, exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista o de torturas.

Excluye: Trastorno de estrés post-traumático (F43.1).

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Transformación de la personalidad atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiátrica grave. Los cambios no pueden ser explicados por un trastorno de personalidad previo y deben diferenciarse de la esquizofrenia residual y de otros estados de recuperación incompleta de un trastorno mental previo. Pautas para el diagnóstico

La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como un modo rígido y desadaptativo de la manera de vivir y comportarse que llevan a un deterioro a largo plazo (personal, social o laboral), así como a un malestar subjetivo. No debe estar presente un trastorno de personalidad preexistente que pueda explicar el cambio de la personalidad y el diagnóstico no debe basarse en un síntoma residual de un trastorno mental previo. La transformación de la personalidad tiene que haber surgido tras la recuperación clínica de un trastorno mental que se debe haber vivido como extremadamente estresante y devastador para la imagen de sí mismo. Las actitudes o reacciones de otras personas hacia el enfermo después de la enfermedad son importantes para determinar y reforzar los niveles de estrés percibidos por la persona. Este tipo de transformación de la personalidad no puede ser comprendido totalmente sin tener en consideración la experiencia emocional subjetiva y la personalidad previa, sus formas de adaptación y sus factores de vulnerabilidad específicos.

Para poder hacer este diagnóstico, la transformación de la personalidad debe manifestarse por rasgos clínicos como los siguientes:

- a) Excesiva dependencia y demandas de terceras personas.
- b) Convicción de estar cambiado o estigmatizado por la enfermedad precedente, lo que da lugar a una incapacidad para formar y mantener relaciones personales de confianza y a un aislamiento social.
- c) Pasividad, reducción de los intereses y de la participación en entretenimientos.
- d) Quejas constantes de estar enfermo que pueden acompañarse de demandas hipocondriacas y comportamiento de enfermedad.
- e) Humor disfórico o lábil, no debido a un trastorno mental presente o previo con síntomas afectivos residuales.
- f) Deterioro significativo del rendimiento social y ocupacional.

Las manifestaciones arriba señaladas deben haber estado presentes durante un período de por lo menos dos años. La transformación no puede ser atribuida a una enfermedad o lesión cerebral importante. Un diagnóstico previo de esquizofrenia no excluye el diagnóstico.

Anexo 23. Estudios mundiales sobre prevalencia del mobbing

Pais	Autores	Muestra	N	Prevalencia
Alemania	Macknesen von Astfeld (2000)	Fuerzas armadas	551	10,8%
		Administración	1989	2,9%
		Sanidad	365	26,6%
Australia	Rutherford y Rissel (2004)	Muestra representativa de enfermeras		50%
Austria	Niedl (1995)	Investigadores	63	17,5%
Dinamarca	Hogh y Dofradottir (2001)	Muestra al azar.	1857	2%
Espana	González-Trijueque y Graña (2009)	Educación	99	2%
		Sanidad	236	3%,9%
		Industria	215	4,1%
Espana	Meseguer et al (2008)	Industria.	224	0,9%
		Multioocupacional	2861	14%
		Hortofruticola	396	28%
		Centros de asistencia a discapacidad	696	18,97%
		Universidad	435	43,36%
		Médicos	54	1,71%
		Transportes y comunicaciones.	103	26%
		Varios sectores	2410	12%
		Sanidad	851	33%
		Funcionarios	6800	22%
Estados Unidos	Namie (2000)	Muestra representativa		16,8%
		Personal staff		54,7%
		Diversidad sectores	403	46,8%
Finlandia	Schat et al (2006)	Muestra representativa	2508	41,4%
		Profesionales de negocios.	385	1,6%
		Municipales	949	10,1%
		Oficiales de prisión	896	20%
Finlandia	Paranen et al (2000)	Sindicatos	1991	4,3%
		Sanidad	5432	6%
Pais	Autores	Muestra	N	Prevalencia
Holanda	Hubert et al (2001)	Negocio mezclado de la oficina de la producción.	Muestra representativa	4,4%
		Instituciones financieras.	427	1%
Holanda	Hubert y van Veldhoven (2001)	Diferentes tipos de muestra: industria, sanidad, comercio, finanzas, construcción, etc.	66764	2,2%
Noruega	Nielsen et al (2009)	Muestra representativa	2539	4,6%
		14 diferentes muestras, total	7787	1,2%
		Sanidad	344	8,6%
		Psicólogos	1402	0,3%
		Empleados de la Federación	181	0,6%
		Universidad	1470	0,6%
		Electricistas	480	0,7%
		Trabajadores de Salud-cuidado	2145	0,8%
		Industria.	485	1,1%
		Profesores	554	1,9%
Noruega	Einarsen et al (1998)	Comercio	172	2,9%
		Funcionarios	265	2,9%
Portugal	Einarsen et al (1998)	Profesores	745	3%
Portugal	Ferrinho et al (2003)	Profesionales salud	Muestra representativa	51%
Reino Unido	Cortina et al (2001)	Sector público		71%
Reino Unido	Quine (1999)	Sanidad	1100	38%
		Doctores	259	38%
Reino Unido	Imthiaz y Rhiannon (2004)	Jóvenes doctores	177	47%
Reino Unido	Cowie et al (2000)	Organización internacional	386	15,4%
Suecia	Hoel et al (2001)	Muestra representativa	5288	1,4%
		Sindicatos	2438	3,5%
Turquia	Leymann (1996b)	Enfermeras	505	86,5%
Turquia	Yildirim y Yildirim (2007)			

Prevalencia del acoso psicológico en distintos estudios nacionales (Rodríguez, 2011)

Referencia	Muestra	N	Definición	Prevalencia
Gil-Monte et al. (2006)	Trabajadores de un centro discapacitados	696	1b+2a	12,3%
González Trijueque y Graña (2009)	Población general trabajadora	2861	1b+2a	5,8%
Justicia et al. (2006)	Empleados de universidad	548	1b+2a	9,3%
Pinuel y Onate (2006)	Trabajadores de la Comunidad de Madrid	4250	3	9,2%
Rodríguez-Muñoz et al. (2006)	Profesionales sector del cartón ondulado	352	1b+2a	4,3%
Moreno-Jiménez et al. (2005)	Sector transportes y comunicaciones	103	1b+2a+3	26%
V Encuesta Condiciones Trabajo (2004)	Población general trabajadora	9290	1b+2a	2,8%
VI Encuesta Condiciones Trabajo (2007)	Población general trabajadora	11054	1b+2a	1,4%

¹ Duración del acoso: 1a) durante los últimos seis meses; 1b) más de 6 meses.

² La frecuencia de los comportamientos: 3a) al menos una vez por semana; 3b) menos de una vez por semana.

³ Incluye la apreciación subjetiva por parte de la víctima de considerarse acosado en base a una definición.

Anexo 24. Prevalencias de los trastornos mentales.

Prevalencias trastornos mentales en población general. National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler, 2005) vs ESEMeD (ESEMeD, 2004)

Trastorno	Prevalencia NCS (%)		Prevalencia ESEMeD (%)	
	Vida	12 meses	Vida	12 meses
Trastorno de pánico	3,5	2,3	2,1	0,8
Agorafobia (sin pánico)	5,3	2,6	0,9	0,4
Fobia social	13,3	7,9	2,4	1,2
Fobia simple	11,3	8,8	7,7	3,5
Trastorno de ansiedad generalizada	5,1	3,1	2,8	1,0
Trastorno por estrés posttraumático	7,6	3,9	1,9	0,9
Cualquier trastorno de ansiedad	28,7	19,3	13,6	6,4

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project;
NCS: National Comorbidity Survey.

Tasas de prevalencia en Salud Mental en población general con empleo (Sanderson y Andrews, 2006)

	EEUU	Holanda	Australia	Canadá
Afectivos Sólo				0,7
Depresión	4,4	4,8	2,2	
Distimia	0,5	1,5	0,4	
Ansiedad Sólo				2,6
Ansiedad Generalizada	1,5		1,4	
Trastorno de Pánico	1,3	1,4	0,2	
Agorafobia	1,8		0,1	
Fobia Simple	5,2	5,6		
Fobia social	4,2	3,3	0,6	
Trastorno por estrés Postraumático	2,2			

Prevalencia-vida y prevalencia-año de los trastornos mentales en España. Haro et al (2006).

Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Datos ponderados a la población española

	Prevalencia-año						Prevalencia-vida					
	Varón		Mujer		Total		Varón		Mujer		Total	
	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%
Trastornos del estado de ánimo												
Episodio depresivo mayor	2,15	1,45-2,86	5,62	4,66-6,59	3,96	3,34-4,59	6,29	5,10-7,48	14,47	13,03-15,90	10,55	9,57-11,54
Distimia	0,52	0,22-0,81	2,38	1,69-3,07	1,49	1,10-1,88	1,85	1,22-2,48	5,29	4,32-6,27	3,65	3,06-4,24
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,33	1,61-3,04	6,25	5,20-7,30	4,37	3,71-5,04	6,71	5,49-7,93	15,85	14,34-17,36	11,47	10,45-12,49
Trastornos de ansiedad												
Trastorno de ansiedad generalizada	0,44	0,11-0,78	1,18	0,81-1,56	0,50	0,30-0,70	1,15	0,64-1,66	2,57	1,99-3,16	1,89	1,49-2,29
Fobia social	0,57	0,13-1,00	0,64	0,32-0,95	0,60	0,33-0,87	1,06	0,51-1,61	1,28	0,83-1,73	1,17	0,81-1,54
Fobia específica	1,19	0,68-1,70	4,20	3,23-5,16	3,60	2,82-4,38	2,32	1,60-3,05	6,54	5,38-7,69	4,52	3,82-5,23
Trastorno de estrés posttraumático	0,25	0,02-0,48	0,94	0,50-1,39	0,50	0,30-0,70	1,06	0,00-2,2	2,79	1,71-3,87	1,95	1,18-2,73
Agorafobia	0,15	0,02-0,29	0,60	0,26-0,95	0,30	0,10-0,50	0,47	0,08-0,86	0,76	0,39-1,14	0,62	0,36-0,89
Trastorno de angustia	0,38	0,14-0,63	0,98	0,60-1,36	0,60	0,40-0,80	0,95	0,53-1,37	2,39	1,76-3,02	1,70	1,32-2,09
Cualquier trastorno de ansiedad	2,53	1,74-3,31	7,61	6,41-8,80	6,20	4,63-7,77	5,71	4,57-6,85	12,76	11,24-14,29	9,39	8,41-10,37
Trastorno por dependencia	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,13	0,69	0,40-0,98	6,38	5,16-7,61	0,95	0,51-1,39	3,55	2,91-4,19
Trastorno por abuso de alcohol	0,18	0,00-0,45	0,02	0,00-0,07	0,10	0,00-0,23	1,01	0,47-1,54	0,17	0,03-0,30	0,57	0,30-0,84
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,12	0,69	0,40-0,98	6,47	5,23-7,71	0,96	0,52-1,40	3,60	2,95-4,25
Cualquier trastorno mental	5,25	4,17-6,33	11,44	10,02-12,86	8,48	7,53-9,42	15,67	13,86-17,48	22,93	21,09-24,78	19,46	18,09-20,82

IC: intervalo de confianza

Encuesta de Salud de Cataluña. 2010. Prevalencia de trastornos mentales (depresión ansiedad) vs otros trastornos crónicos en Cataluña. 1994 2006. (Martinez et al, 2011)

Prevalencia declarada de determinados trastornos crónicos en la población ≥ 15 años por sexo Cataluña. 1994 y 2006

Sexo/trastorno crónico	1994			2006		
	Prevalencia	Límite inferior	Límite superior	Prevalencia	Límite inferior	Límite superior
Hombres						
Hipertensión arterial	13.36	12.49	14.24	18.32	17.45	19.18*
Diabetes	4.43	3.90	4.96	5.41	4.90	5.91
Ictus	1.57	1.25	1.89	1.76	1.47	2.06
Enfermedades del corazón	6.33	5.70	6.95	7.38	6.79	7.96
Bronquitis	8.45	7.73	9.17	6.87	6.30	7.43*
Asma	4.66	4.11	5.20	5.51	5.00	6.02
Alergias	10.88	10.08	11.68	14.74	13.95	15.53*
Enfermedades del aparato locomotor	23.59	22.49	24.68	35.92	34.85	37.00*
Depresión y/o ansiedad	6.28	5.65	6.90	10.97	10.27	11.67*
Mujeres						
Hipertensión arterial	18.94	18.01	19.87	20.96	20.06	21.86*
Diabetes	5.05	4.53	5.57	6.33	5.80	6.87*
Ictus	1.57	1.27	1.86	1.82	1.53	2.12
Enfermedades del corazón	6.81	6.21	7.40	7.93	7.33	8.53
Bronquitis	5.18	4.66	5.71	5.62	5.11	6.13
Asma	4.68	4.18	5.18	6.69	6.14	7.24*
Alergias	16.60	15.72	17.48	17.64	16.80	18.48
Enfermedades del aparato locomotor	39.46	38.30	40.61	53.58	52.48	54.68*
Depresión y/o ansiedad	15.02	14.17	15.86	23.81	22.87	24.75*
Total						
Hipertensión arterial	16.38	15.73	17.02	19.66	19.04	20.29*
Diabetes	4.77	4.39	5.14	5.88	5.51	6.25*
Ictus	1.57	1.35	1.78	1.79	1.59	2.00
Enfermedades del corazón	6.59	6.15	7.02	7.66	7.24	8.08*
Bronquitis	6.68	6.25	7.12	6.24	5.86	6.62
Asma	4.67	4.30	5.04	6.11	5.73	6.48*
Alergias	13.97	13.37	14.58	16.22	15.64	16.79*
Enfermedades del aparato locomotor	32.17	31.36	32.98	44.89	44.11	45.67*
Depresión y/o ansiedad	11.00	10.46	11.55	17.49	16.89	18.09*

*Diferencias significativas entre las prevalencias de 1994 y 2006, con un nivel de significación del 95%. Fuente: elaboración propia a partir del Departamento de Salud. Encuesta de Salud de Cataluña. 2006

Prevalencia de depresión en Atención Primaria de España. López et al (2011)

Estudio	Ámbito	Nº sujetos	Lugar	Instrumento	Prevalencia Depresión Mayor
Gabarrón et al. (2002) (5)	AP	400	Barcelona	BDI + MINI	20.2%
Aragonés et al. (2004) (7)	AP	906	Tarragona	SDS + SCID	14.3%
Aragonés et al. (2005) (8)	AP	906	Tarragona	SDS + SCID	16.8% ^a
López-Torres et al. (2005) (6)	AP y Psiquiatría (>65 años)	259	Albacete	EDDA + SCAN	37.5%
Caballero et al. (2008) (9)	AP	1150	España	GADS + MINI	14%
Navarro et al. (2010) (4)	AP (>65 años)	1387	España	EDDA	4.3%

Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada total por edad, por sexo y por edad y sexo (García-Campayo et al, 2012)

Grupo de edad (años)	Global	Mujer	Hombre	p
< 25	12,9% (11,3-14,7)	16,6% (14,1-19,3)	8,5% (6,6-10,9)	<0,001
25-34,9	15% (13,9-16,1)	17,8% (16,3-19,5)	11,5% (10-13)	<0,001
35-44,9	15,5% (14,5-16,5)	17,7% (16,3-19,2)	12,4% (11-13,9)	<0,001
45-54,9	14,1% (13,1-15,2)	15,9% (14,4-17,4)	11,5% (10-13,2)	<0,001
55-64,9	12,1% (11-13,4)	12,5% (11-14)	11,6% (9,8-13,6)	0,484
≥ 65	9,3% (8,2-10,6)	9,7% (8,2-11,2)	8,7% (6,8-11)	0,470
Total	13,7% (13,3-14,2)	15,4% (14,8-16,1)	11,3% (10,6-12)	<0,001

TAG: trastorno de ansiedad generalizada según la CIE-10. Valores expresados como porcentaje con intervalo de confianza del 95%.

Anexo 25. Distribución de bajas, episodios atendidos y rúbricas más utilizadas en los episodios atendidos con baja laboral, en 107.524 habitantes, período 7/2004-6/2005 (Gérvas et al, 2006)

Distribución de bajas y episodios atendidos en 107.524 habitantes, período 7/2004-6/2005

Código Descripción	Episodios nuevos	Episodios total	Bajas	% Bajas
L Aparato locomotor	41.293	144.044	441.108	38.75
P Problemas psicológicos	12.292	113.001	159.318	14
R Aparato respiratorio	90.882	161.223	100.628	8.84
D Aparato digestivo	34.467	109.212	100.331	8.81
W Embarazo, parto y planificación familiar	3.440	11.758	56.640	4.98
A Problemas generales e inespecíficos	27.790	71.877	49.816	4.38
K Aparato circulatorio	11.423	221.268	48.738	4.28
N Sistema nervioso	8.476	40.125	45.249	3.97
S Piel	38.337	72.102	32.726	2.87
X Aparato genital femenino (incluye mama)	6.540	27.891	31.031	2.73
F Ojo	14.891	42.082	18.259	1.60
U Aparato urinario	7.919	21.487	16.808	1.48
H Oído	17.527	29.220	11.289	0.99
B Sangre, órganos hematopoyéticos, linfáticos y bazo	3.106	22.496	8.825	0.78
Y Aparato genital masculino	2.935	18.773	7.759	0.68
T Enf. endocrinas, metabólicas y nutricionales	8.942	121.909	7.680	0.67
Z Problemas sociales	4.957	8.445	2.179	0.19
Total	335.217	1.236.913	1.138.384	100

Distribución de las rúbricas más utilizadas en los episodios atendidos con baja laboral en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005

Código Descripción	Episodios	% Bajas
P76 Trastornos depresivos	59.621	5.23
L03 Sig/Sin lumbares	58.298	5.12
L86 Síndromes lumbares torácicos con irradiación de dolor	53.608	4.71
L99 Otras enfermedades del aparato locomotor	33.163	2.91
L15 Sig/Sin. Rodilla	29.298	2.57
R74 Catarro de vías altas	26.871	2.36
P01 Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo	21.404	1.88
R80 Gripe	21.284	1.87
L01 Sig/Sin. Cuello	20.988	1.84
P74 Estado de ansiedad	20.737	1.82
Total	1.138.912	100

Anexo 26. Clasificación de los trastornos mentales según el código CIE-10 y el código CIE-9 MC DSM-IV-TR y sus equivalencias (*Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009)

DENOMINACIÓN PATOLOGÍA	CÓDIGO CIE-10	CÓDIGO CIE-9-MC (DSM IV)
TRASTORNOS AFECTIVOS (del Humor)		
Episodio maníaco	F 30	296.0
Hipomanía	F 30.0	296.4
Trastorno Bipolar, episodio actual	F 31	296.xx
– Hipomaníaco	F 31.0	296.40
– Maníaco	F 31.1/2	296.4
– Depresivo	F 31.3/4/5	296.5
– Mixto	F 31.6	296.6
T. depresivo mayor episodio único	F 32 (episodio depresivo)	296.2
T. depresivo mayor recidivante	F 33	296.3
Distimia	F 34.1	300.4
Ciclotimia	F 34.0	301.13
Otros Trastornos del humor	F 38	296.90
T. del ánimo debido a enfermedad médica	F 06.xx	296.83
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		
T. de ansiedad generalizada	F 41.1	300.02
T. de pánico	F 41.0	300.01
Agorafobia	F 40.0	300.22
Fobias sociales	F 40.1	300.23
T. mixto ansioso-depresivo	F 41.2	No incluido
T. de ansiedad sin especificación	F 41.9	300.00
Trastorno de estrés post-traumático	F 43.1	309.81
T. de adaptación	F 43.2	309.xx
T. de ansiedad debido a enfermedad médica	F 06.4	293.84
TRASTORNOS PSICÓTICOS		
Esquizofrenia:	F 20	295
– Paranoide	F 20.0	295.3
– Hebefrénica/Desorganizada	F 20.1	295.1
– Catatónica	F 20.2	295.2
– Indiferenciada	F 20.3	295.9
– Depresión Postesquizofrenia	F 20.4	No incluido
– Residual	F 20.5	295.6
– Simple	F 20.6	No incluido

DENOMINACIÓN PATOLOGÍA	CÓDIGO CIE-10	CÓDIGO CIE-9-MC (DSM IV)
T. Esquizotípico	F 21	301.22
T. Ideas Delirantes	F 22	297.1
T. Psicótico Agudo /Breve	F 23	298.8
T. Ideas Delirantes Inducidas	F 24	297.3
T. Esquizoafectivo	F 25	295.7
T. Psicótico no especificado	F 29	298.9
T. Esquizofreniforme	F 20.8	295.4
T. Psicótico debido a enfermedad médica	F 06.x	293
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD		
TP Paranoide	F 60.0	301.0
TP Esquizoide	F 60.1	301.2
TP Esquizotípico	F 21	301.22
TP Disocial/Antisocial	F 60.2	301.7
TP Inestabilidad Emocional/Límite	F 60.3	301.83
TP Histriónico	F 60.4	301.50
TP Narcisista	F 60.8	301.81
TP Ansioso/Por Evitación	F 60.6	301.82
TP Dependiente	F 60.7	301.6
TP Anancástico/Obs-Comp.	F 60.5	301.4
TP No especificado	F 60.9	301.9
TRASTORNOS SOMATOMORFOS		
T. de somatización	F45.0	300.81
T. somatomorfo indiferenciado	F45.1	300.81
Disfunción vegetativa somatomorfa	F45.3	No incluido
T. de dolor persistente somatomorfo	F45.4	307.8x
T. hipocondríaco	F45.2	300.7
T. dismórfico corporal	F45.2	300.7
T. somatomorfo no especificado	F45.9	300.81
T. de conversión	F45.4	307.8x
TRASTORNOS DISOCIATIVOS		
Amnesia disociativa	F44.0	300.12
Fuga disociativa	F44.1	300.13
Estupor disociativo	F44.2	No incluido
Trastornos de trance y de posesión	F44.3	No incluido
Trastornos disociativos de la motilidad	F44.4	300.11
Convulsiones disociativas	F44.5	300.11
Anestias y pérdidas sensoriales disociativas	F44.6	300.11

Anexo 27. Estudio COST-DEP (Departament de Salut, 2011)

Tarifas oficiales y costes unitarios (Departament de Salut, 2011)

Recurs	Tarifa del 2006 (en euros)	Font
Visita amb el metge de capçalera	20,50	Fundació Althaia ⁽¹⁾
Dia d'estada en una unitat de salut mental d'aguts (en un hospital general)	269,03	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert i Brosa, 2006 ⁽²⁾
Dia d'estada en una unitat d'aguts (en un hospital psiquiàtric)	133,57	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert i Brosa, 2006 ⁽²⁾
Consulta a un psiquiatre	45,58	PSSJD ⁽³⁾
Consulta a un psicòleg	61,03	PSSJD
Consulta a un infermer	29,37	PSSJD
Consulta a un treballador social	49,10	PSSJD

⁽¹⁾Dada de referència més fiable; ⁽²⁾tarifa oficial i base de dades eSalud; ⁽³⁾càlculs realitzats mitjançant optimització analítica.

Estimación del coste medio ponderado de cada actividad de los CSMA (Departament de Salut, 2011)

Activitat del CSMA	Cost mitjà ponderat (en euros)
Primeres visites	46,2575
Visites següents	48,5900
Visites domiciliàries	40,0405
Visites no programades	41,4425
Psicoteràpia individual	51,6160
Psicoteràpia de grup	49,7985
Tractament familiar	50,3440
Proves complementàries	50,1580

Coste medio por individuo con depresión según la categoría de costes (euros) (Departament de Salut, 2011)

Categoría de costos	Euros (2006)	IC 95%
Cost mitjà per pacient amb depressió atès pel metge de capçalera a l'atenció primària	219	155-284
Cost mitjà per pacient amb depressió atès a l'atenció especialitzada	215	163-267
Cost mitjà per alta hospitalària per depressió	3.548	2.543-4.554
Cost mitjà del tractament farmacològic (per prescripció dispensada)	19,83	—
Cost mitjà de la productivitat perduda per suïcidi atribuïble a la depressió	384.708	0-770.340
Cost mitjà de la productivitat perduda per individu amb incapacitat temporal	6.013	2.234-9.793
Cost mitjà de la productivitat perduda per procés d'incapacitat temporal	5.570	2.092-9.049
Cost mitjà de la productivitat perduda per incapacitat permanent	20.420	—

Anexo 28. Ficha Inicial para la Valoración Psiquiátrica en A.P. (Guía de valoración de incapacidad laboral para MAP, Madrid. 2009)

PACIENTE	EDAD
PROFESIÓN	ESTADO CIVIL
	FECHA

Antecedentes familiares psiquiátricos

--

Entorno

FAMILIAR	Relaciones y estresores familiares, condiciones socioeconómicas.
SOCIAL	Relaciones y estresores sociales, actividades de ocio. Conflictos judiciales.
LABORAL	Profesiones desempeñadas, motivos de los cambios, situación laboral actual. Estresores laborales.

Antecedentes personales psiquiátricos

CONSUMO DE TÓXICOS.	Fechas inicio y fin, tipo e intensidad
DIAGNÓSTICOS PREVIOS.	
ASISTENCIAS A URGENCIAS.	Fechas y motivos
INGRESOS HOSPITALARIOS.	Fechas y motivos

Patologías orgánicas relevantes

Patologías orgánicas que puedan haber condicionado el desarrollo de la psicopatología.
--

Enfermedad actual

SÍNTOMAS	Fecha y forma de inicio. Causas subjetivas y desencadenantes. Intensidad y evolución de los síntomas. Limitaciones funcionales subjetivas. Valoración de las actividades cotidianas.
----------	--

Exploración (no hay reglas especiales, *se inicia desde que entra en la consulta*).

SIGNOS	OBSERVACIONES
ACCESO	Solo, acompañado, medio de transporte, conducción vehículo.
ASPECTO	Vestimenta, aseo, maquillaje, aspecto general.
ACTITUD	Colaboradora, defensiva, hostil.
PSICOMOTRICIDAD	Movilidad y postura (tensa, relajada, inadecuada), mímica facial.
SIGNOS DE TRISTEZA	Fascies, actitud, emotividad, anhedonia, cambios de humor, falta de reactividad.
SIGNOS DE ANSIEDAD	Psíquicos (inquietud, irritabilidad, tensión, miedos...). Somáticos (fatiga, temblores, sudoración, sequedad de boca...)
CONCIENCIA	Clara, afectada.
ORIENTACIÓN	Témporo-espacial y personal.
ATENCIÓN	Exceso (hipervigilante) o defecto (distráido).
CONCENTRACIÓN	Respecto a la conversación mantenida.
MEMORIA	Inmediata, reciente y remota.
SENSOPERCEPCIÓN	Alucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización.

SIGNOS	OBSERVACIONES
INTELIGENCIA	Valorar deterioro (minimental test, si procede).
PENSAMIENTO FORMA	Rápido o enlentecido. Alteraciones en la continuidad y en las asociaciones de ideas. Bloqueos o fugas de ideas. Incongruencia y respuestas anómalas.
PENSAMIENTO CONTENIDO	Fobias, obsesiones, delirios.
LENGUAJE FORMA	Tono, cantidad, velocidad y flujo de respuesta.
JUICIO	Capacidad del paciente para medir las consecuencias de sus propios actos (exploración mediante un ejemplo: ¿qué haría si...?)
IDEAS AUTOPUNITIVAS	Diferenciar las ideas no estructuradas , los gestos impulsivos no planificados, con grandes posibilidades de salvación y con métodos de baja letalidad destinados fundamentalmente a llamar la atención, de las tentativas bien planificadas, con medios de alta letalidad, deseo inequívoco de morir y con escasas posibilidades de salvación.
AGRESIVIDAD	Auto y heteroagresividad
ALIMENTACIÓN	Cambio de hábitos y repercusión ponderal.
SUEÑO	Cambio de hábitos y repercusión en su actividad.
LÍBIDO	Modificaciones frente al estado habitual previo.
JUICIO DE REALIDAD	Conservado o perturbado.
INTROSPECCIÓN (INSHIGT)	Conciencia de la propia enfermedad.

Valoración global – conclusiones IT

Juicio diagnóstico y propuesta de IT.

Evaluaciones sucesivas

- Tratamiento, tolerancia y respuesta al mismo.
- Evolución de los síntomas y las limitaciones que provocan.
- Informes de otros profesionales.
- Nuevos datos.
- Valoración global y conclusiones sobre la IT.

Anexo 29. Cuadro resumen de grados y escala de evaluación de la actividad global. (*Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria*. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. 2009)

CUADRO RESUMEN DE GRADOS

Grado	Clínica	Tratamiento	Funcionalidad.	Conclusiones
0	No cumple criterios diagnósticos. Síntomas aislados.	No precisa. No seguimiento especializado.	Conservada	No IT ni IP.
1	Cumple criterios diagnósticos de forma intermitente.	Tratamiento y seguimiento especializado intermitente con compensación de los síntomas.	Alterada en crisis.	IT en crisis.
2	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada sin criterios de gravedad.	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta parcial.	Defecto leve-moderado.	Limitados para actividades de responsabilidad, riesgo, gran carga estresante o que precisen contacto frecuente con terceros.
3	Cumple criterios diagnósticos de forma continuada con criterios de gravedad.	Tratamiento y seguimiento especializado habitual con respuesta escasa.	Defecto moderado-severo.	No apto para la actividad laboral productiva, posible en ambientes protegidos.
4	Cumple criterios diagnósticos de forma especialmente severa.	Tratamiento y seguimiento habitual con mínima o nula respuesta.	Defecto severo-muy severo.	Capacidad nula, puede requerir ayuda o supervisión para ABVD.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

- 100 - 91 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 90 - 81 Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 - 71 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 - 61 Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 - 51 Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
- 50 - 41 Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 - 31 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30-21 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 - 11 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
- 10 - 1 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada.

Anexo 30. Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo Entorno, organización y realización del trabajo, que realiza en Ministerio de Trabajo e Inmigración. INE 2012.

Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo Entorno, organización y realización del trabajo

Nivel medio que detectan los ocupados por factores de riesgo psicológicos percibidos en su puesto de trabajo, periodo y grupo de edad. Unidades: nivel medio (sobre una escala de 0 a 10)

	Total	H	M
2006			
Acoso moral (mobbing)	0,7	0,7	0,8
Monotonía - Rutina	5	5	5,1
Estrés	5,6	5,5	5,8
Discriminación por sexo	0,8	0,8	0,9
Discriminación por edad	0,9	0,9	0,8
Discriminación por nacionalidad	0,7	0,7	0,6
Acoso sexual	0,2	0,2	0,2
2007			
Acoso moral (mobbing)	0,4	0,4	0,4
Monotonía - Rutina	4,7	4,8	4,7
Estrés	5,4	5,4	5,4
Discriminación por sexo	0,5	0,4	0,6
Discriminación por edad	0,4	0,4	0,5
Discriminación por nacionalidad	0,4	0,4	0,4
Acoso sexual	0,1	0,1	0,1
2008			
Acoso moral (mobbing)	0,6	0,6	0,7
Monotonía - Rutina	4,7	4,6	4,8
Estrés	5,5	5,4	5,7
Discriminación por sexo	0,7	0,7	0,9
Discriminación por edad	0,6	0,6	0,7
Discriminación por nacionalidad	0,5	0,5	0,5
Acoso sexual	0,2	0,1	0,2
2009			
Acoso moral (mobbing)	0,9	0,9	0,9
Monotonía - Rutina	5	4,9	5,1
Estrés	5,6	5,5	5,8
Discriminación por sexo	0,9	0,8	1
Discriminación por edad	0,9	0,8	0,9
Discriminación por nacionalidad	0,7	0,7	0,7
Acoso sexual	0,2	0,2	0,2

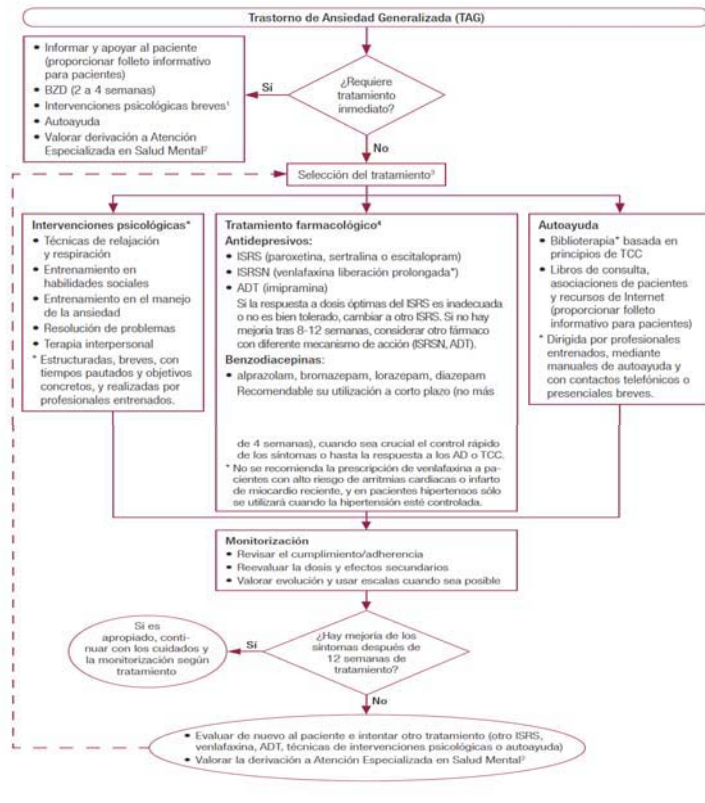
Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo Entorno, organización y realización del trabajo

Nivel medio que detectan los ocupados por factores de riesgo psicológicos percibidos en su puesto de trabajo, periodo y grupo de edad. Unidades: nivel medio (sobre una escala de 0 a 10)

	2006					
	Total	De 16 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 y más años
Monotonía - Rutina	5	5	5,1	4,9	5,1	4,8
Estrés	5,6	4,6	5,5	5,9	5,9	5,3
Discriminación por sexo	0,8	0,7	0,7	1	0,8	0,6
Discriminación por edad	0,9	0,9	0,7	0,9	0,9	0,8
Discriminación por nacionalidad	0,7	0,7	0,6	0,8	0,5	0,5
Acoso moral (mobbing)	0,7	0,5	0,6	0,9	0,7	0,7
Acoso sexual	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
2007						
Monotonía - Rutina	4,7	5,2	4,8	4,7	4,7	4,6
Estrés	5,4	4,4	5,2	5,7	5,7	4,8
Discriminación por sexo	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3
Discriminación por edad	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4
Discriminación por nacionalidad	0,4	0,4	0,6	0,4	0,3	0,2
Acoso moral (mobbing)	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4	0,2
Acoso sexual	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
2008						
Monotonía - Rutina	4,7	5	5,1	4,6	4,7	4,5
Estrés	5,5	4,5	5,6	5,7	5,7	5,1
Discriminación por sexo	0,7	0,6	0,9	0,8	0,7	0,5
Discriminación por edad	0,6	0,6	0,9	0,6	0,7	0,5
Discriminación por nacionalidad	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,3

Acoso moral (mobbing)	0,6	0,4	0,7	0,7	0,6	0,4
Acoso sexual	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
	2009					
Monotonía - Rutina	5	5,3	5	5	5	5
Estrés	5,6	4,9	5,2	5,9	5,8	5,4
Discriminación por sexo	0,9	0,6	0,8	1	0,9	0,8
Discriminación por edad	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	1
Discriminación por nacionalidad	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7
Acoso moral (mobbing)	0,9	0,6	0,8	1	1	0,7
Acoso sexual	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2

Anexo 31. Pautas de tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad generalizada en España (TAG). GuíaANS del MSSSI:



Tratamiento farmacológico

A	B	C	D	Grado de recomendación	✓	Recomendación por consenso del grupo de trabajo
---	---	---	---	------------------------	---	---

Antidepresivos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

A	Se recomienda la utilización de los antidepresivos como uno de los tratamientos farmacológicos de elección para el TAG.					
B	Como antidepresivos a utilizar se recomiendan: los ISRS (paroxetina, sertralina o escitalopram), los ISRSN (venlafaxina de liberación prolongada) y los ADT (imipramina).					
C	No se recomienda la prescripción de la venlafaxina a pacientes con alto riesgo de arritmias cardíacas o infarto de miocardio reciente, y en pacientes hipertensos sólo se utilizará cuando la hipertensión esté controlada.					
✓	Cuando la respuesta a las dosis óptimas de uno de los ISRS es inadecuada o no son bien tolerados, debe cambiarse a otro ISRS. Si no hay ninguna mejoría después de 8-12 semanas, considerar la utilización de otro fármaco con diferente mecanismo de acción (ISRSN, ADT).					
B	Durante el embarazo la elección del tratamiento debe considerar si las ventajas potenciales para la madre debidas a los ISRS prescritos superan los posibles riesgos para el feto.					
B	Para disminuir el riesgo potencial de efectos adversos neonatales, se debe usar la dosis eficaz más baja de ISRS, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia.					
✓	En la prescripción de los antidepresivos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento, los posibles efectos secundarios y los riesgos de la interrupción brusca del tratamiento.					
✓	En la prescripción de los antidepresivos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.					

Nota: La Ficha Técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para la sertralina, no recoge la indicación terapéutica para el TAG. En el caso de la imipramina (Ficha Técnica no disponible) el prospecto tampoco recoge dicha indicación.

Recomendaciones sobre benzodicepinas (BZD) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

B	Se recomienda la utilización a corto plazo de las BZD, no más allá de 4 semanas, y cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con antidepresivos o TCC.
B	Como BZD que utilizar se recomiendan alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam.
B	Para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos se debe usar la dosis eficaz más baja de BZD, la duración de tratamiento más corta posible y como monoterapia. Si se necesitan concentraciones más altas se debería dividir la dosificación diaria en dos o tres dosis, y evitar el empleo durante el primer trimestre.
✓	En la prescripción de las BZD los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios.
✓	En la prescripción de las BZD, considerar: edad, tratamiento previo, tolerabilidad, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.

Recomendaciones sobre otros fármacos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Otros fármacos	
B	Se pueden utilizar azapironas (buspirona) a corto plazo, sobre todo en aquellos pacientes con TAG que previamente no hayan tomado BZD, aunque en España su uso es muy limitado.
✓	La utilización de otros fármacos como la pregabalina, hidroxicina, antipsicóticos atípicos y otros, bien por su poca experiencia en clínica o por su indicación para TAG refractarios, deberían ser pautados tras la valoración del paciente en Atención Especializada en Salud Mental.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización de los beta-bloqueantes (propranolol) para el tratamiento del TAG.

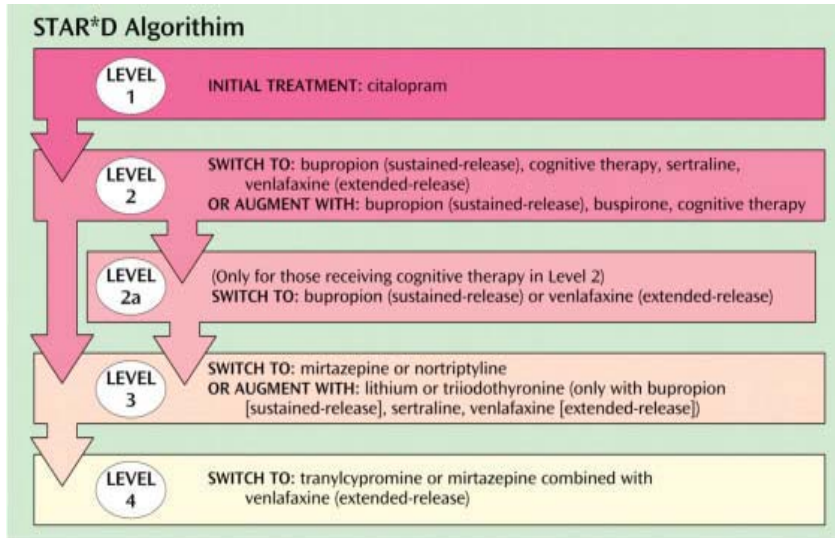
Anexo 32. Clasificación de los antidepresivos según su mecanismo de acción.

Clasificación de los antidepresivos según su mecanismo de acción

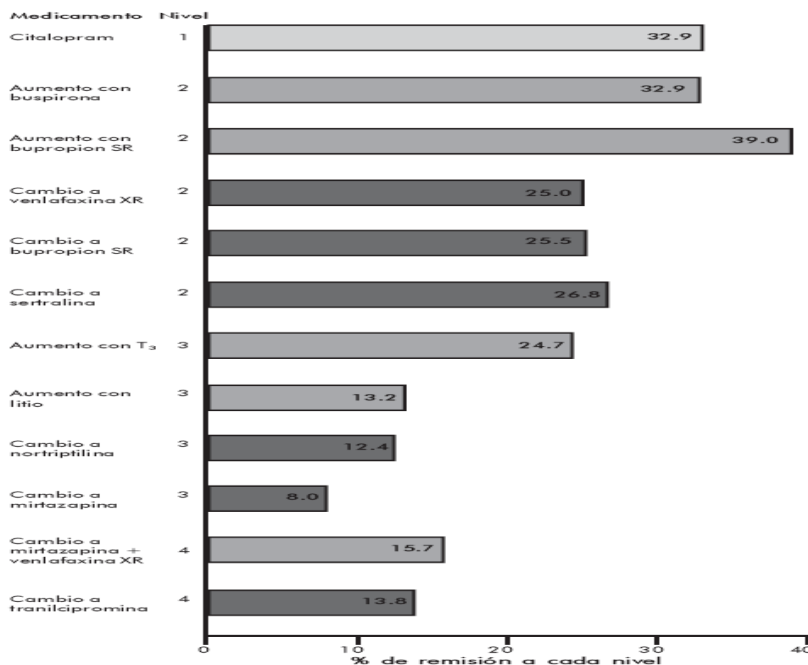
Medicamento	Recaptación 5-HT	Recaptación NA	Bloqueo ACh	Bloqueo H1	Bloqueo Alfa-1	Bloqueo Alfa-2
Inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina (NA) y de serotonina (5-HT) con acción antagonista sobre receptores adrenérgicos α_1 y α_2, colinérgicos e histaminérgicos H1 (ADT)						
Amitriptilina	+++	+++	++	++++	+++	++
Clomipramina	++++	+++	++	+++	+++	+
Doxepina	+++	++	+++	++++	+++	+
Imipramina	+++	+++	++	+++	+++	+
Maprotilina						
Nortriptilina	++	+++	++	+++	+++	+
Trimipramina	++	++	+++	++++	+++	+
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)						
Citalopram	++++	+	-	++	+	+
Escitalopram	++++	+	-	++	+	+
Fluoxetina	+++	++	+	-	+	+
Fluvoxamina	++++	++	+	-	+	+
Paroxetina	++++	+++	++	-	+	+
Sertralina	++++	++	++	-	+	+
Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (IRNA)						
Reboxetina	-	++++				
Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS)						
Duloxetina	++++	++++	-	-	-	-
Venlafaxina	++++	+++	-	-	-	-
Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y dopamina						
Bupropión	+	+	+	+	+	+
Antagonista de receptores α_2 presinápticos (autorreceptores) y 5HT₂ y 5HT₃						
Mianserina	+	+	++	++++	++	+++
Mirtazapina	+	+	++	++++	++	+++
Antagonista de receptores 5HT₂ y moderado efecto inhibidor de la recaptación de serotonina (SARI)						
Trazodona	+	++	-	++	+++	++
Inhibidor irreversible no selectivo de la monoaminoxidasa (IMAO)						
Tranilcipromina	-	-	-	--	-	-
Inhibidor reversible y selectivo de la monoaminoxidasa A (IRMA)						
Moclobemida	-	-	-	-	-	-

++++: Muy elevado. +++: Elevado. ++: Moderado. +: Débil.

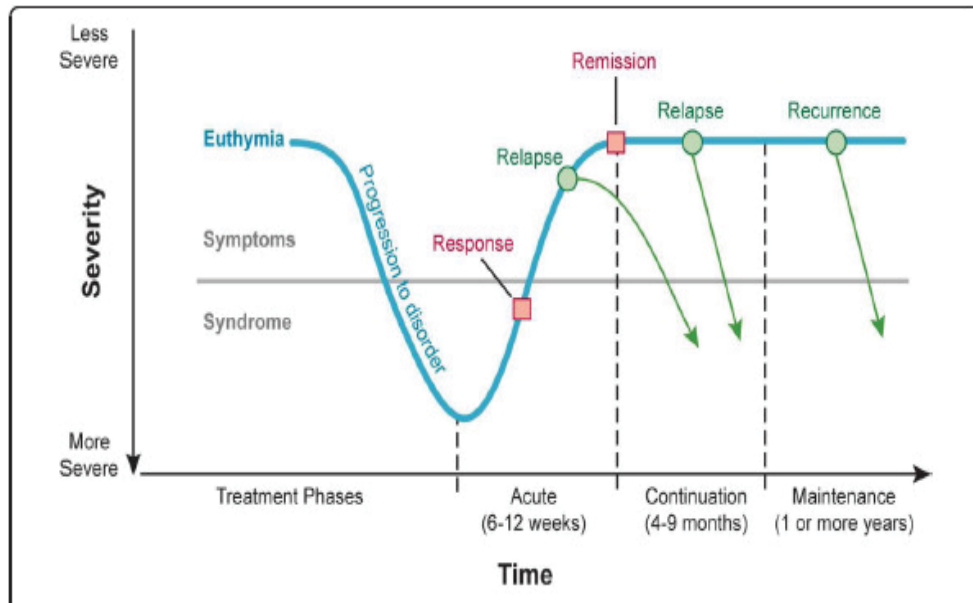
Anexo 33. Algoritmo STAR*D (Rush, et al 2006)



Tasas de remisión en las diferentes etapas del STAR*D. Las tasas de remisión [Según la Escala de auto-reporte Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR16)] disminuyen con cada etapa de tratamiento (sea por cambio de tratamiento o por adición de otro medicamento). SR = liberación sostenida; T₃ = triyodotironina (liotironina); XR = liberación retardada.



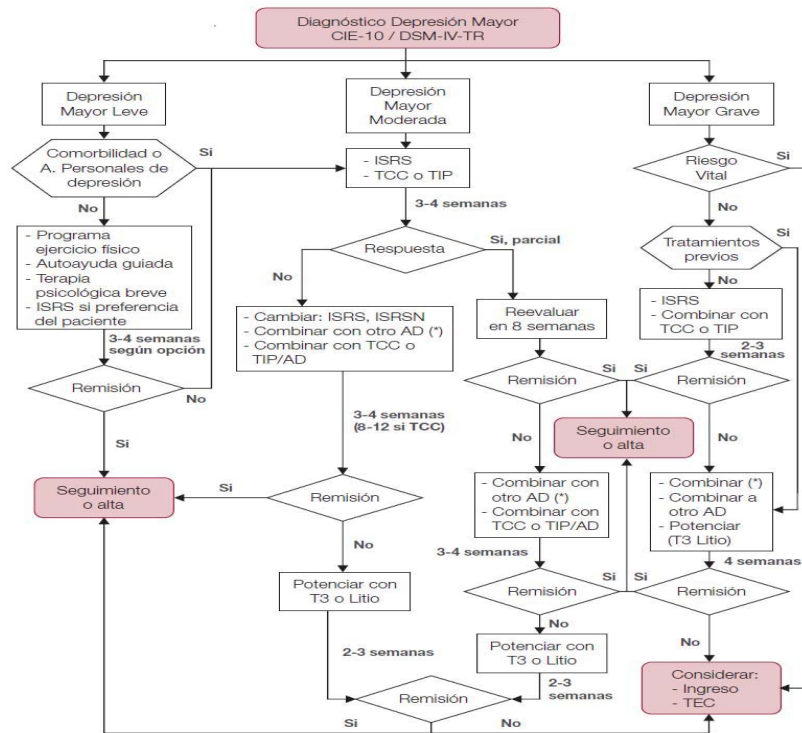
Anexo 34. Phases of treatment for MDD. MDD = major depressive disorder. Adapted, with permission (Zimovetz E, et al, 2012), from Bakish D et al: New standard of depression treatment: remission and full recovery. J Clin Psychiatry 2001, 62(Suppl 26):5-9.



Factores a considerar para la instauración del tratamiento de mantenimiento según la APA (APA, 2003)

Factor	Componente
Riesgo de recurrencia	Número de episodios previos; presencia de trastornos médicos o psiquiátricos comórbidos; síntomas residuales entre episodios
Gravedad de los episodios	Suicidalidad; rasgos psicóticos; graves deterioros funcionales
Efectos secundarios con el tratamiento continuado	
Preferencias del paciente	

Anexo 35. Pautas de tratamiento farmacológico del trastorno depresivo mayor (TDM). GuíaTDM del MSSSI



(*) Mayor evidencia con mianserina o mirtazapina
 TCC= Terapia cognitivo conductual
 TIP= Terapia Interpersonal
 ISRS= Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
 ISRNS=Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Resumen de la evidencia del uso farmacológico en la GuíaTDM

	La guía de NICE no recomienda el empleo de fármacos en depresión leve por presentar un bajo riesgo-beneficio y recomienda considerarlos tras fracasos de otras estrategias terapéuticas, si hay problemas psicológicos o médicos asociados o historia previa de depresión moderada o grave
	No existen datos suficientes que permitan evaluar dosis bajas de antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor.
4	No existen datos de calidad acerca del beneficio-riesgo del tratamiento farmacológico de la depresión leve.

Resumen de la evidencia del riesgo de recurrencia

1+	El riesgo de recurrencia es menor cuánto más se prolonga el tratamiento farmacológico.
1+	El beneficio de esta prolongación disminuye con el tiempo y no está claro cual es el periodo óptimo.
1++	El empleo de fármacos antidepresivos mejora la depresión moderada y grave.
1+	Los nuevos antidepresivos presentan tasas de respuesta y remisión superiores a placebo.

Recomendaciones del uso farmacológico en la GuíaTDM

A	Los fármacos antidepresivos representan un tratamiento de primera línea en la depresión moderada o grave.
---	---

<input checked="" type="checkbox"/>	En la depresión leve pueden considerarse otras estrategias terapéuticas antes que los fármacos antidepresivos.
D	Se recomienda el empleo de fármacos en aquellos pacientes con depresión leve y antecedentes de episodios moderados o graves.
D	Se recomienda el empleo de fármacos en depresión leve ante la presencia de otras enfermedades médicas o comorbilidad asociada.
<input checked="" type="checkbox"/>	Se recomienda citar en el plazo máximo de 15 días a cualquier paciente con depresión que no reciba tratamiento farmacológico.

Resumen de la evidencia de la eficacia comparativa de fármacos según la GuíaTDM

1++	Los ADT, como grupo, son tan eficaces como los ISRS en el tratamiento de la depresión mayor. Sin embargo, presentan peor tolerabilidad y mayor número de efectos adversos, que causa un abandono prematuro superior del tratamiento por parte de los pacientes en relación con los ISRS.
1	En eficacia, existen algunas diferencias estadísticamente significativas entre los fármacos ISRS, si bien son clínicamente poco relevantes. Los perfiles de efectos adversos son similares entre los ISRS, aunque hay diferencias en efectos adversos concretos.
1	La diferente eficacia encontrada entre fármacos antidepresivos nuevos fue de modesta magnitud y sus implicaciones clínicas permanecen indefinidas. Además, entre los fármacos nuevos existen diferencias en el perfil de efectos adversos.
1+	El inicio de la mejoría empieza generalmente en la primera o segunda semana de tratamiento y la falta de respuesta a las 4-6 semanas se asocia con un 73-88% de probabilidad de que no inicien una respuesta en 8 semanas.
1++	Alrededor de un 38% de pacientes no responden al tratamiento con antidepresivos de segunda generación tras 6-12 semanas y un 54% no alcanzan la remisión.
1+	Los nuevos antidepresivos suponen una alternativa terapéutica más, sin ventajas relevantes en eficacia, aunque con perfiles de efectos adversos diferenciados (69, 73).
1	Los pacientes tratados con venlafaxina tuvieron más efectos adversos y potencialmente más peligrosos que los tratados con fluoxetina y únicamente un efecto clínico adicional no significativo (25).

Recomendaciones en el uso de los fármacos según la GuíaTDM

A	Se recomiendan los ISRS como fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión mayor.
B	En caso de que un fármaco ISRS no sea bien tolerado debido a la aparición de efectos adversos, deberá cambiarse por otro fármaco del mismo grupo.
A	A los pacientes que reciban tratamiento con cualquier antidepresivo tricíclico y no lo toleren se les deberá prescribir un ISRS.
<input checked="" type="checkbox"/>	Los ADT son una alternativa a los ISRS si el paciente no ha tolerado al menos dos fármacos de ese grupo o es alérgico a los mismos.
<input checked="" type="checkbox"/>	Los nuevos fármacos podrían utilizarse en caso de intolerancia a los ISRS, guiándose por el perfil de sus efectos adversos.
B	Perfiles concretos de pacientes podrían aconsejar diferentes fármacos, guiándose más por los efectos adversos que por su eficacia.
A	La venlafaxina debe considerarse un tratamiento de segunda línea en pacientes con depresión mayor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo, el profesional sanitario deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, de los efectos secundarios frecuentes, infrecuentes y personalizados que pudieran surgir, tanto a corto como a largo plazo y especialmente de la duración del tratamiento.
<input checked="" type="checkbox"/>	Se recomienda informar especialmente del posible retraso del efecto terapéutico de los antidepresivos.
<input checked="" type="checkbox"/>	El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico antidepresivo debe ser estrecho, al menos en las 4 primeras semanas.
<input checked="" type="checkbox"/>	Todos los pacientes que presenten una depresión mayor moderada y sean tratados con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento.
<input checked="" type="checkbox"/>	Todos los pacientes que presenten una depresión mayor grave y sean tratados

	ambulatoriamente con fármacos antidepresivos deberán ser valorados nuevamente antes de 8 días tras la instauración del tratamiento.
1+	Los pacientes con episodios previos de depresión son los más beneficiados de esta prolongación, por su alto riesgo de recurrencia.

Recomendaciones para evitar el riesgo de recurrencias

A	El tratamiento farmacológico debe mantenerse en todos los pacientes, al menos durante 6 meses tras la remisión.
B	En pacientes con algún episodio previo o presencia de síntomas residuales, el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses tras la remisión.
<input checked="" type="checkbox"/>	En pacientes con más de 2 episodios previos, el tratamiento debe mantenerse al menos durante 24 meses tras la remisión.
B	La dosis del fármaco empleado durante la fase de mantenimiento debe ser similar a aquella con la que se consiguió la remisión

Resumen de la evidencia

Incremento de dosis	
1	El incremento de dosis en pacientes con respuesta parcial únicamente fue evaluado tras ocho semanas de tratamiento con fluoxetina, y no se estudió para otros fármacos.
1+	Aumentar la dosis a pacientes que no responden tras tres semanas de tratamiento con fluoxetina, paroxetina o sertralina, no mejora los resultados y aumenta las tasa de abandonos.
1+	En pacientes tratados con sertralina seis semanas y que no presentan respuesta, el incremento de dosis no es más eficaz que el mantener las dosis medias o potenciar con mianserina.
	No existen pruebas del incremento de la dosis de tricíclicos en pacientes no respondedores, y es insuficiente la relativa a la maprotilina (antidepresivo tetracíclico).
Cambio de antidepresivo	
1+	El cambio de imipramina por sertralina y viceversa no mejora la evolución de la depresión.
1	En pacientes no respondedores, el cambio de ISRS a venlafaxina, si bien incrementa la tasa de remisión, no es superior al cambio a otro ISRS o a bupropion, y tampoco se observaron diferencias en cuanto a efectos secundarios.
1	Tras dos intentos de tratamiento fallidos, no se observan diferencias en la remisión entre mirtazapina y nortriptilina.
Combinación de antidepresivos	
1+	La combinación de diferentes antidepresivos, con mayor fuerza para mianserina o mirtazapina con ISRS, podría ser beneficiosa sobre la tasa de respuesta, remisión y reducción de los síntomas depresivos, si bien el riesgo de efectos secundarios se ve incrementado.
Agentes potenciadores	
1	Existen pruebas de un efecto potenciador del litio cuando se asocia a tratamientos con antidepresivos tricíclicos o serotoninérgicos.
1	No existe información suficiente sobre el uso del ácido valproico, no hay ensayos controlados con carbamacepina y los resultados con el uso de la lamotrigina en depresión resistente no son positivos.
1	No existen suficientes datos para recomendar la potenciación con pindolol.
1	La potenciación de antidepresivos con triyodotironina o litio fueron similares, si bien la primera es mejor tolerada aunque debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes cardiovasculares.
1	La asociación de antidepresivos con benzodiazepinas no parece mejorar la depresión resistente en términos de remisión o respuesta, así como tampoco la buspirona o el metilfenidato.
1	Los datos de potenciación con olanzapina son contradictorios, y además aumentaron los efectos secundarios y los abandonos.

Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/>	En pacientes con respuesta parcial a la tercera o cuarta semana de tratamiento, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Esperar la evolución clínica hasta la octava semana. • Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ante un paciente que no mejora con el tratamiento farmacológico inicial para la depresión, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el diagnóstico de trastorno depresivo. • Verificar el cumplimiento del tratamiento. • Confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas.
B	Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro serotoninérgico. • Combinar antidepresivos. • Potenciar el tratamiento iniciado, con litio o triyodotironina.
B	No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras tres semanas de tratamiento no se produce respuesta.
C	La asociación de ISRS con mirtazapina o mianserina podría ser también una opción recomendable, pero teniendo en cuenta la posibilidad de mayores efectos adversos.
B	No se dispone de suficiente información para poder recomendar el aumento de dosis de antidepresivos tricíclicos en no respondedores.
<input checked="" type="checkbox"/>	En caso de resistencia a varios tratamientos con las pautas referidas previamente, valorar la utilización de IMAO.
<input checked="" type="checkbox"/>	No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamacepina, lamotrigina, gapapentina o topiramato, pindolol, benzodicepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.

Niveles de evidencia científica

1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Fuerza de las recomendaciones

A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.
Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.	

Buena práctica clínica

. Práctica recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook (Section 6: Forming guideline recommendations), SIGN publication nº 50, 2001

Anexo 36. Estudio de valoraron los síntomas del insomnio dentro del estudio STAR*. (Prabha et al, 2010)

Ítems a valorar del ICD-30 estudio STAR*D

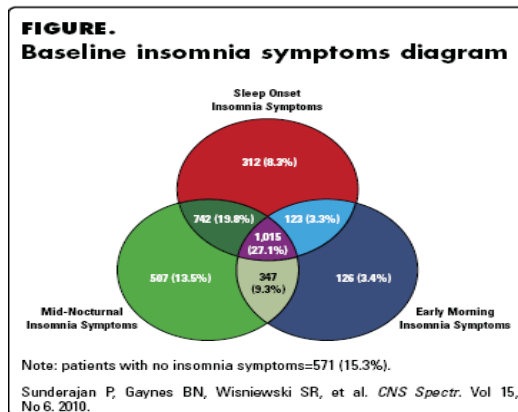
Definition of Insomnia Symptoms

Any Insomnia Symptoms is defined as "Yes" if any of the following IDS-C₃₀ items is ≥ 2 :

- 1. Sleep Onset Insomnia Symptoms**
 - 0=Never takes >30 minutes to fall asleep
 - 1=Takes ≤ 30 minutes to fall asleep
 - 2=Takes ≤ 30 minutes to fall asleep, more than half the time
 - 3=Takes >60 minutes to fall asleep, more than half the time
- 2. Mid-Nocturnal Insomnia Symptoms**
 - 0=Does not wake up at night
 - 1=Restless, light sleep with few awakenings
 - 2=Wakes up at least once a night, but goes back to sleep easily
 - 3=Awakens more than once a night and stays awake for ≥ 20 minutes, more than half the time
- 3. Early Morning Insomnia Symptoms**
 - 0=Less than half the time, awakens ≤ 30 minutes before necessary
 - 1=More than half the time, awakens ≥ 30 minutes before necessary
 - 2=Awakens ≥ 1 hour before necessary, more than half the time
 - 3=Awakens ≥ 2 hours before necessary, more than half the time

IDS-C₃₀=30-item Inventory of Depressive Symptomatology—clinician-rated.
Sunderajan P, Gaynes BN, Wisniewski SR, et al. *CNS Spectr*. Vol 15, No 6. 2010.

Afectación de los pacientes incluidos en STAR*D según el trastorno de sueño que padecen.



Síntomas de los pacientes con o sin trastornos del sueño

TABLE 4.
Baseline Depressive Symptoms Associated With Any Insomnia Symptoms

IDS-C ₃₀ items	Any Insomnia Symptoms		Unadjusted P Value	Odds Ratio*	Adjusted P Value*
	No N=571 (Mean)	Yes N=3,172 (Mean)			
Hypersomnia	43.6	21.3	<.0001	.35	<.0001
Mood (sad)	94.6	97.8	<.0001	1.13	.6360
Mood (irritable)	73.9	82.8	<.0001	1.23	.0745
Mood (anxious)	71.1	83.7	<.0001	1.29	.0233
Mood reactivity	63.2	75.1	<.0001	1.16	.1714
Quality of mood	72.7	75.2	.1991	.91	.3627
Appetite decreased	30.2	47.6	<.0001	1.53	<.0001
Appetite increased	22.7	21.7	.6069	.90	.3541
Weight decrease	20.7	32.5	<.0001	1.35	.0102
Weight increase	23.1	23.0	.9660	.89	.3029
Concentration	84.6	91.2	<.0001	1.08	.5884
Outlook (self)	79.5	81.2	.3327	.73	.0140
Outlook (future)	76.1	77.1	.5962	.64	.0003
Suicidal ideation	39.9	49.6	<.0001	.99	.9136
Involvement	78.6	86.5	<.0001	.92	.5132
Energy	82.8	91.1	<.0001	1.15	.3223
Pleasure	61.0	73.2	<.0001	1.06	.6141
Sexual interest	58.7	64.9	.0043	.80	.0305
Psychomotor slowing	54.6	64.3	<.0001	.90	.2858
Psychomotor agitation	51.4	64.3	<.0001	1.24	.0277
Somatic complaints	67.4	78.4	<.0001	1.17	.1366
Sympathetic arousal	51.5	71.2	<.0001	1.38	.0015
Panic	23.8	40.9	<.0001	1.29	.0305
Gastrointestinal	30.9	44.4	<.0001	1.23	.0424
Interpersonal sensitivity	56.9	61.6	.0340	.85	.1320
Leadren paralysis	36.8	45.9	<.0001	.85	.1258

* Adjusted for age, anxious depression, baseline severity of depression (IDS-C₃₀ without insomnia items).
IDS-C₃₀=30-item Inventory of Depressive Symptomatology-clinician-rated.

Sunderajan P, Gaynes BN, Wisniewski SR, et al. *CNS Spectr*. Vol 15, No 6. 2010.

Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con o sin síntomas de insomnio

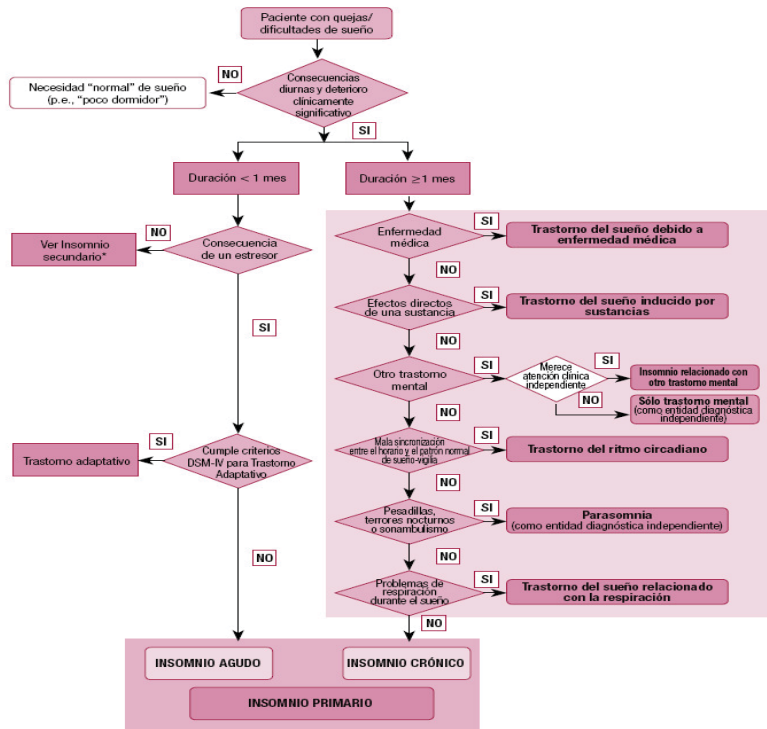
TABLE 5.
Association of Baseline Psychiatric Comorbidity With Any Insomnia Symptoms

PDSQ item	Any Insomnia Symptoms		P Value
	No (%) N=571	Yes (%) N=3,172	
Generalized anxiety disorder	10.8	22.9	<.0001
OCD	10.4	14.3	.0144
Panic	5.1	13.0	<.0001
Social phobia	29.0	28.9	.9403
PTSD	9.3	19.5	<.0001
Agoraphobia	5.3	11.8	<.0001
Alcohol abuse	9.9	11.9	.1679
Drug abuse	7.8	7.3	.7191
Somatiform	0.5	2.6	.0064
Hypochondriasis	1.9	4.6	.0049
Bulimia	10.4	12.7	.1292
PDSQ Count			<.0001
0	59.3	43.4	
1	20.8	26.5	
2	12.1	13.6	
3	5.1	7.1	
≥4	2.6	9.4	

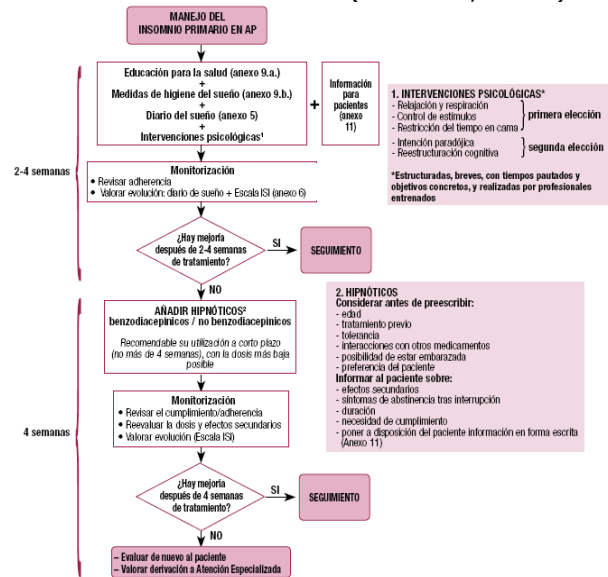
PDSQ=Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire; OCD=obsessive-compulsive disorder; PTSD=posttraumatic stress disorder.

Sunderajan P, Gaynes BN, Wisniewski SR, et al. *CNS Spectr*. Vol 15, No 6. 2010.

Anexo 37. Algoritmo diagnóstico del Insomnio. MSSSI. (GuíaINS, 2008).



Tratamiento del insomnio. MSSSI. (GuíaINS, 2008).



Características esenciales del insomnio. Modificado de Morin (1998).

Sueño nocturno	Funcionamiento diurno	• Otras características asociadas:
Dificultades para conciliar el sueño (++++)	Fatiga (+++)	Rasgos de personalidad tendentes a la preocupación (+++)
Dificultades para mantener el sueño (++++)	Síntomas de ansiedad y depresión (+++)	
Despertar final adelantado (+++)	Disforia (+++)	
Sueño no reparador (+++)	Déficits leves de atención / concentración (++)	
	Déficits de memoria (+)	
	Déficits en funciones ejecutivas (+)	
	Excesiva somnolencia (+)	

Nota: Características presentes casi siempre (+++), algunas veces (++) y rara vez (+).

- Hipnóticos benzodiacepínicos y no benzodiacepínicos, con indicación aprobada en España para insomnio, por estructura química, semivida de eliminación y potencia/afinidad por el receptor. (Guía INS, 2008)

Familia	Sustancia	Semivida media en horas	Dosis equivalente a 5 mg de diazepam	Dosis diaria en mg		
Benzodiacepinas*	Corta	Midazolam	1-3	7,5	7,5-15	
		Triazolam	2-3	0,25	0,125-0,250	
	Semivida media	Media	Brotizolam	3-8	0,5	0,125-0,5
			Lormetazepam	9-15	1	0,5-2
		Larga	Loprazolam	3-13	1	1-2
			Flurazepam	70-100	15	15-30
			Flunitrazepam	9-30	1	1-2
	Quazepam	40-55	15	7,5-15		
No benzodiacepínicos	Imidazopiridinas	Zolpidem	1,5-3	2,5	5-10	
	Ciclopirrolidonas**	Zopiclona	1,5-3	~ 2	3,75-7,5	
	Pirazolopirimidinas	Zaleplón	1	2,5	5-10	

Fuente: Guía Prescripción Terapéutica Ministerio Sanidad y Consumo, Agencia Española del Medicamento, Mayo del 2009, modificada.

*Hay muchas otras Benzodiacepinas que se usan como hipnóticos aunque no tienen la indicación recogida en ficha técnica, como el lorazepam, diazepam, alprazolam y otras.

El nitrazepam, y temazepam son hipnóticos benzodiacepínicos no comercializados en España.

**La eszopiclona, autorizada en EEUU para el insomnio crónico, no está comercializada en España. El Zaleplon, de la familia Pirazolopirimidinas, ha dejado de comercializarse en la actualidad.

- Recomendaciones sobre el tratamiento con hipnóticos benzodiacepínicos y no benzodiacepínicos para el insomnio (GuíaINS)

B	Cuando se utilicen los hipnóticos para el tratamiento del insomnio, se recomiendan a corto plazo (no más de 4 semanas) y con la dosis más baja posible.
C	No se recomienda la utilización de los hipnóticos a largo plazo. Si se hace, siempre debe estar monitorizado, con un diagnóstico y una pauta terapéutica específica.
B	Para evitar la dependencia a las BZD se recomienda que su uso se restrinja al insomnio agudo, con la dosis más baja posible y no más allá de 2 a 4 semanas de duración.
B	Como hipnóticos de primera elección para el insomnio se pueden elegir tanto los benzodiacepínicos como los no benzodiacepínicos, ya que no se han demostrado diferencias significativas, ni clínicas ni en los efectos adversos, entre los mismos.
B	Si un paciente no responde al tratamiento con un hipnótico, no se recomienda cambiar a otro, salvo efectos secundarios directamente relacionados con un fármaco específico.
B	Se recomienda utilizar el hipnótico más eficiente y con mejor respuesta para el paciente, a no ser que se observen efectos secundarios directamente relacionados con el hipnótico elegido.
B	En caso de requerirse la utilización de BZD durante el embarazo, se debe usar la dosis eficaz más baja y la duración de tratamiento más corta posible para evitar el riesgo de defectos congénitos.
B	Las nuevas pautas de administración discontinua con zolpidem, intermitente o a demanda según las necesidades del paciente, apoyado por técnicas de control de estímulos, pueden utilizarse a corto plazo como alternativa a la pauta de administración continua.
<input checked="" type="checkbox"/>	En la prescripción de los hipnóticos los pacientes deben ser informados de los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y de los posibles efectos secundarios, incluyendo los problemas de dependencia y tolerancia asociados a su uso, así como la falta de estudios de eficacia a largo plazo.

<input checked="" type="checkbox"/>	En la prescripción de los hipnóticos considerar: edad, tratamiento previo, tolerancia, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y el coste a igual efectividad.
-------------------------------------	--

Recomendaciones sobre el tratamiento con otros fármacos para el insomnio

Antidepresivos	
B	Hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de antidepresivos para el insomnio asociado al trastorno de depresión, pero no para el insomnio primario.
B	No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de trazodona y doxepina, hasta obtener resultados de estudios a largo plazo.
B	No hay suficiente evidencia para recomendar en el tratamiento del insomnio la utilización de los antidepresivos amitriptilina y mirtazapina
Ramelteon	
B	Se necesita más estudios comparativos a largo plazo para recomendar la utilización del ramelteon en el tratamiento del insomnio.
No recomendados	
B	No se recomienda la utilización del hidrato de cloral, el meprobamato y los barbitúricos para el tratamiento del insomnio.

Anexo 38. Hoel et al (2003) señalaron como impactan los efectos causados por el estrés y diferentes actos violentos sufridos por los trabajadores en las organizaciones laborales y en la sociedad, destacando en el caso del bullying/mobbing la presencia de los efectos que se adjuntan.

EFFECTS ON:	STRESS	ROBBERIES & ASSAULT	DOMESTIC VIOLENCE	BULLYING/M OBGING	SEXUAL HARASSMENT
Organisation					
Absenteeism	✓	✓	✓	✓	✓
Turnover	✓	✓		✓	✓
Performance	✓	✓		✓	✓
Presenteeism				✓	
Bad time keeping			✓		
Mistakes/ Accidents	✓	✓	✓	✓	✓
Insurance premiums		✓			
Litigation	✓	✓		✓	✓
Transfer costs				✓	✓
Training	✓	✓	✓	✓	✓
Grievance				✓	✓
Loss of skills	✓	✓		✓	✓
Effects on witnesses		✓		✓	✓
Society					
Retirement	✓	✓	✓	✓	✓
Medical care	✓	✓	✓	✓	✓
Production loss	✓	✓	✓	✓	✓
Friends & family	✓	✓	✓	✓	✓

Anexo 39. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Estudi costos i càrrega de la depressió a Catalunya (costdep-2006). Pla director de salut mental i addiccions, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Primera edició: Barcelona, març de 2011.

Porcentaje del gasto atribuido a cada grupo diagnóstico por países.

	Cataluña (2006)	Reino Unido (2004-2005)	Francia (2002)	Canadá (1998)
Enfermedades del sistema circulatorio	15	11	13	15
Trastornos mentales	11	14	11	10
Neoplasias	10	7	8	5
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos*	9	3	4	6
Enfermedades del sistema respiratorio	9	6	8	8

* Reino Unido y Francia desglosan a parte los órganos de los sentidos. Fuente: NHS y Departament de Salut, 2006.

Pressupost consolidat Servei Català de la Salut/ICS 2006 distribuït segons la CIM-9

Classificació segons la CIM-9	Milers €	%
VII Malalties del sistema circulatori	968.556	15,06
V Trastorns mentals	682.281	10,61
II Neoplàsies	641.276	9,97
VI Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	569.118	8,85
VIII Malalties del sistema respiratori	552.329	8,59
X Malalties del sistema genitourinari	439.442	6,83
XVII Lesions i emmetzinaments	439.208	6,83
IX Malalties del sistema digestiu	413.453	6,43
XIII Malalties de l'aparell locomotor i teixit connectiu	354.785	5,51
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	306.575	4,77
I Malalties infeccioses i parasitàries	257.613	4,00
XVI Signes, símptomes i estats morbosos mal definits	50.779	3,90
XI Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	221.883	3,45
IV Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	139.136	2,16
XII Malalties de la pell i del teixit subcutani	105.932	1,65
XV Afeccions perinatals	69.935	1,09
XIV Anomalies congènites	21.109	0,33
Total	6.433.412	100

Pes relatiu de cada línia de servei en l'atenció a les malalties. Catalunya, 2006

Classificació segons la CIM-9 % sobre la categoria	AE	AP	AF	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	17,0	17,1	65,9	100,0
II Neoplàsies	60,5	2,4	37,1	100,0
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	15,7	47,0	37,3	100,0
IV Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	33,0	10,1	56,9	100,0
V Trastorns mentals	36,3	26,2	37,5	100,0
VI Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	58,0	17,1	24,9	100,0
VII Malalties del sistema circulatori	45,0	16,1	39,0	100,0
VIII Malalties del sistema respiratori	41,8	27,2	30,9	100,0
IX Malalties del sistema digestiu	58,0	17,4	24,5	100,0
X Malalties del sistema genitourinari	65,8	13,4	20,8	100,0
XI Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	81,3	1,8	16,9	100,0
XII Malalties de la pell i del teixit subcutani	40,1	35,0	24,9	100,0
XIII Malalties de l'aparell locomotor i teixit connectiu	44,0	28,9	27,1	100,0
XIV Anomalies congènites	83,4	9,5	7,1	100,0
XV Afeccions perinatals	98,6	0,4	1,0	100,0
XVI Signes, símptomes i estats morbosos mal definits	28,1	36,6	35,2	100,0
XVII Lesions i emmetzinaments	71,5	15,3	13,3	100,0
Total	49,0	19,2	31,8	100,0

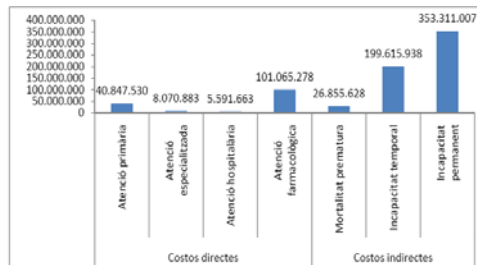
AE: atenció especialitzada; AP: atenció primària i AF: atenció farmacològica. Font: Estudis d'Economia de la salut. Departament de Salut.

Asignaciones realizadas en la distribución del presupuesto consolidado del Servei Català de la Salut/ICS. Catalunya, 2006

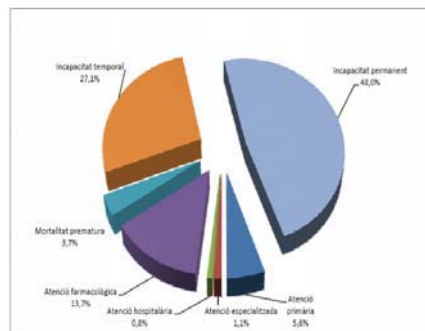
Atenció especialitzada	Atenció primària	Atenció farmacològica
+ Atenció Insuf. Renal	+ Equips d'Atenció Primària +	+Farmacia
+ At. Hospitalària	+ Transport sanitari i em. Med +	+MHDA
+ Vida als anys	+ 31,4 % Salut Mental	
+ 68,6 % Salut Mental	+ Prestacions complementàries	
+ Oxigenoteràpia		
+ Rehabilitació		
+ Altres serveis AE		

Font: Estudis d'Economia de la salut. Departament de Salut.

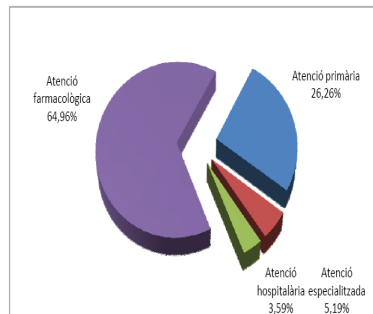
Distribución de los costes sanitarios directos e indirectos de la depresión en Cataluña (2006) (en €)



Distribución porcentual de los costes sanitarios directos e indirectos de la depresión en Cataluña (2006)



Distribución de los costes sanitarios directos de la depresión (Cataluña, 2006)



Anexo 40. Objetivos de la Asociación de Víctimas de Acoso Laboral de Cataluña (AVALC)

La Asociación de Víctimas de Acoso Laboral de Cataluña (AVALC) se constituyó inicialmente como ayuda a las víctimas y la lucha contra el acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*). Posteriormente amplió esta ayuda a otras víctimas de acoso psicológico, consolidándose la ayuda en los casos de acoso escolar (*bullying*). El objetivo último de AVALC es por tanto ayudar a resolver los conflictos laborales y escolares relacionados con el acoso laboral y escolar, dando asesoramiento jurídico y apoyo psicológico, farmacéutico, pedagógico y, logopédico personalizado a todos los socios afectados que lo necesiten, contando con la inestimable ayuda de voluntarios de la propia asociación. Para ello dispone de un nutrido grupo de colaboradores/profesionales que de forma gratuita ayudan a los asociados abogados, perito forense, psicólogo, farmacéutico, pedagoga y, logopeda.

La finalidad de AVALC como asociación sin ánimo de lucro, consiste en:

- a) La promoción y desarrollo de cuantas actividades sean necesarias para actuar contra el acoso psicológico laboral y escolar, en cualquiera de sus manifestaciones, establecimiento de una sólida relación con las instituciones y con la sociedad en general, a fin de dar a conocer este grave problema social que tanta repercusión tiene para la salud de quienes lo padecen.
- b) Ayudar en los aspectos social, jurídico y profesional a las víctimas y familiares que sufren o han sufrido de acoso psicológico laboral o escolar reivindicando la dignidad de los afectados.
- c) Prevenir las situaciones que puedan generar acoso psicológico laboral y escolar, para concienciar del problema a la sociedad actuando a diferentes niveles: informativo, político, empresarial y social. Difusión social de la problemática.
- d) Promocionar una cultura basada en los valores humanos y la dignidad del trabajador y del estudiante persiguiendo todas aquellas situaciones y actitudes basadas en la discriminación. Trabajar para el fomento del cultivo de valores humanos como son la honradez, la transparencia y la colaboración frente a la competitividad, el éxito sin escrúpulos y la corrupción moral.
- e) Aumentar la concienciación de la sociedad sobre el alarmante incremento de los casos de acoso psicológico laboral y sus consecuencias, especialmente el riesgo de exclusión social.
- f) Ofrecer servicios de mediación en conflictos de acoso. La negociación ofrece la posibilidad de resolver el conflicto cuando este se encuentra en su fase inicial o incipiente, y mediante el dialogo se puede desactivar el conflicto o incluso impedir que este progrese, evitando así que se convierta en un conflicto irresoluble de larga

duración y que nos evitará tener que acudir irremediamente a los tribunales de justicia.

g) Fomentar la creación de un código ético laboral y escolar en empresas, escuelas y organizaciones que evite y penalice los posibles abusos. Trabajar para llenar el vacío jurídico en el tema e impulsar medidas en el terreno de la prevención y vigilancia de riesgos.

h) Ofrecer programas, proyectos, servicios o, actividades de acogimiento, actuando como gabinete técnico, a petición de personas (físicas y / o jurídicas):

.- Encargos de investigación a petición de organismos públicos y / o entidades privadas (empresas, sindicatos, organizaciones sociales, universidades, fundaciones, etc.)

.- Cursos de formación, conferencias, seminarios, talleres o similares a iniciativa propia o a petición de otras asociaciones, entidades jurídicas o empresas (personas físicas o jurídicas)

.- Peritajes a petición de la Administración de Justicia o de los departamentos de personal de la Administración pública en general o peritajes a petición de parte.

i) Dar apoyo y orientación a asociaciones legalmente constituidas cuyo fin fundamental sea la lucha contra el acoso laboral.

