

6.1. INTRODUCCIÓN.

A continuación se describen y clasifican los 38 casos que han informado estar afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral. Los mismos presentan daño a su bienestar, calidad de vida o a la salud específicamente psicológica o mental y/o al desarrollo de su trabajo, así como una o más de las variables (VCVM). Vemos que en el 81,58% (31) de los casos concurren las diferentes variables para que puedan considerarse como situaciones de acoso psicológico en el trabajo o mobbing. El 15,79% (6) como situaciones de violencia en el trabajo y el 2,63% (1) conflictos en el lugar de trabajo.

Posteriormente se clasifican aquellos casos en los que se cumplen los requisitos para definirse como Mobbing:

- Refiere estar recibiendo una o más conductas de acoso psicológico o mobbing
- Una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo (en este caso consideraremos más de 6 meses)
- Con una frecuencia de una o más veces por semana
- Con la intencionalidad de causar daño (estas conductas se producen sobre la persona más que en el resto de sus compañeros).
- Se tendrá también en cuenta si existe un suceso desencadenante o agravante de dichas conductas de acoso
- La direccionalidad (al mismo nivel, horizontal - entre compañeros, ascendente - de subordinados a superiores, o descendente - de superiores a subordinados).

En el 81,58% de los casos (31 personas) se está recibiendo una o más conductas de Mobbing, con una exposición a las mismas superior a 6 meses y una o más veces por semana, se da la intención de causar daño a esa persona y, por tanto, las conductas no deseadas se producen sobre esa persona más que sobre el resto de los compañeros.

En el 15,79% (6 personas) de los casos no se da la intención de causar daño a una persona determinada, pero sí que se producen conductas que le afectan negativamente, con una exposición a las mismas superior a 6 meses y una o más veces por semana, que generan una situación de Violencia en el Puesto de trabajo, a la que están expuestos por igual tanto la persona que ha sido derivada a consulta como el resto de sus compañeros.

En el 2,63% (1 persona) de los casos no se da la intención de causar daño a una persona determinada pero sí que se producen conductas que le afectan negativamente, con una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo, que generan una situación de Conflicto en el Puesto de trabajo.

6.2. DERIVACIÓN.

De los 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, 22 han sido derivados por Mutua mientras que los restantes 16 casos han acudido de forma privada.

El 57,89% de los casos que refieren estar afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, fueron derivados

por Mutua de Accidentes de Trabajo, mientras que el 42,11% acudieron por propia iniciativa a consulta privada.

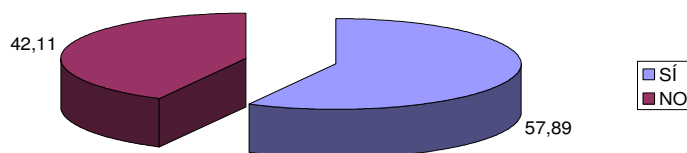


Figura 26.- Derivación casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral

6.3. EDAD.

El 74% de los casos que refieren estar afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, se sitúan entre los 31 y los 50 años de edad.

Tabla 18.- Grupos de Edad.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
20-30	6	15,79
31-40	14	36,84
41-50	14	36,84
51-60	4	10,53
TOTAL	38	100,00

6.4. GÉNERO.

Del total de 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, 29 son Mujeres y 9 son hombres. El

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

76,32% de los casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral son Mujeres y el 23,68% son Hombres.

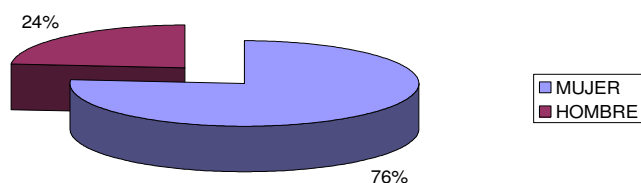


Figura 27.- Género

6.5. ESTADO CIVIL.

El 60,53% de los casos son personas casadas y el 15,79% vive en pareja. Hay un 10,53% de personas divorciadas y solteras respectivamente. El 2,63% son personas separadas.

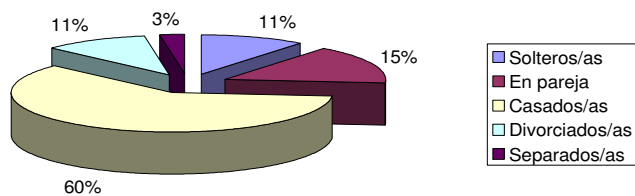


Figura 28.- Estado Civil

6.6. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.

El 36,84% de los casos pertenecen al Sector Servicios y el 23,68% a la Administración Pública. El 13,16% al Sector Sanidad/Farmacia y el 10,53% al Sector Industria. El 5,26% a Cuerpos de Seguridad. El 2,63% al Sector de la Construcción, Alimentación y Comercio, respectivamente.

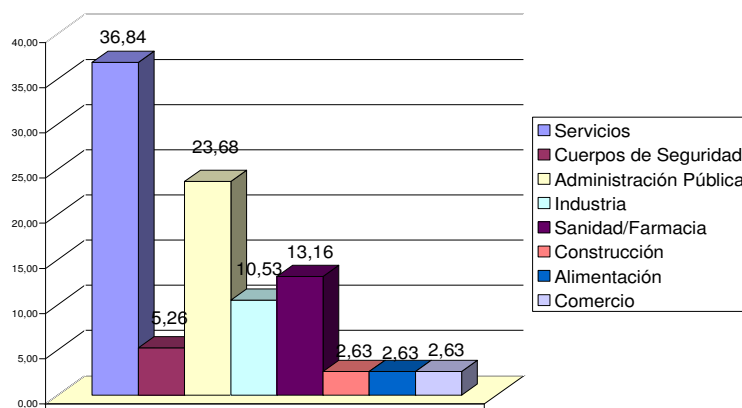


Figura 29.- Sector de Actividad

6.7. PUESTO DE TRABAJO.

El 18,42% de los casos desempeñan trabajo Administrativo. El 13,16% ocupa un puesto de Auxiliar y el 10,53% son Mandos Intermedios. El 7,89% ocupa puestos de Operarios, Directivos y Enfermería, respectivamente. El 5,26% de los casos ocupan puestos de Técnico, Conductor, Vendedor, Educador y Trabajo Social, respectivamente. El 2,63% de las personas trabajan como Policía Municipal, Jardinería y Camarero, respectivamente.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

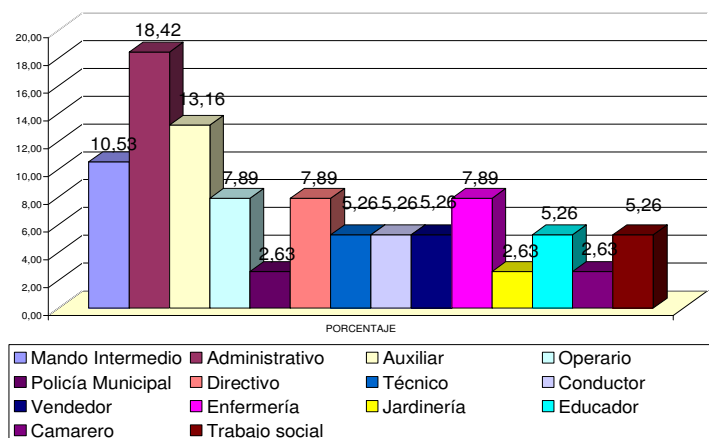


Figura 30.- Puesto de Trabajo

6.8. ANTIGÜEDAD.

El 36,84% de los casos tienen una antigüedad en la Empresa de 1 a 5 años. El 26,32% de los casos tiene una antigüedad de 10 a 15 años. El 15,79% con una antigüedad de 5 a 10 años. El 7,89% con una antigüedad de hasta 1 año y de 20 a 25 años, respectivamente y el 5,26% de 25 a 35 años de antigüedad.

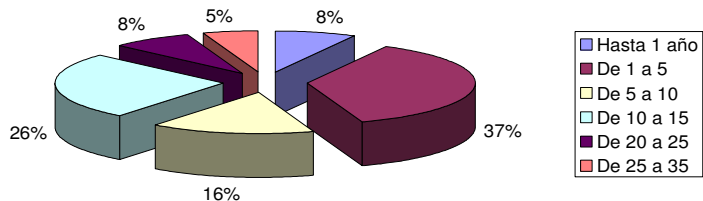


Figura 31.- Antigüedad (años)

6.9. MOTIVO DE CONSULTA.

El 57,89% de los casos expresan como motivo de consulta tener problemas en el trabajo. El 31,58% expresa sintomatología depresiva. El 5,26% refiere problemas familiares y sintomatología depresiva con antecedentes previos, respectivamente.

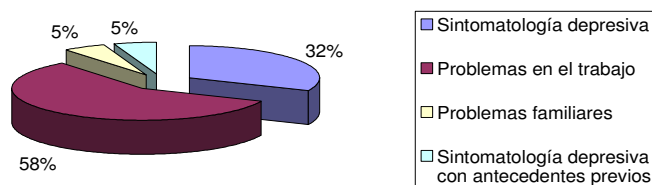


Figura 32.- Motivo de consulta

6.10. DIAGNÓSTICO.

En el 52,63% de los casos éstos han sido diagnosticados como Trastorno depresivo. En el 13,16% de los casos el diagnóstico ha sido Trastorno de ansiedad y Síndrome ansioso-depresivo, respectivamente. En el 7,89% el diagnóstico ha sido Trastorno depresivo por accidente/enfermedad y Estrés, respectivamente. El 2,63% muestra un diagnóstico por Histeria y Contingencia común, respectivamente.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

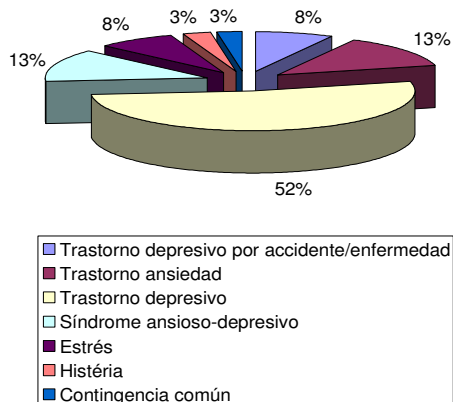


Figura 33.- Diagnóstico médico y/o psiquiátrico

6.11. DÍAS DE BAJA.

El total de días de baja acumulados por la totalidad de los 38 casos es de: 3.682 días. Esto representa un promedio de 96,89 días de baja por persona.

El total de días de baja acumulados por las 29 Mujeres es de 2.397 frente a los 1.285 días acumulados por los 9 Hombres. El promedio es de 142,78 días para los hombres y de 82,66 días para las Mujeres.

El 23,68% de los casos tiene de 20 a 40 días de baja. El 18,42% de 1 a 20 días. El 10,53% de 40 a 60 días y. el 10,53% de los casos no presenta ningún día de baja. El 7,89% de 60 a 80 días. El 5,26% de 80 a 100 días, 100 a 120 días y de 140 a 160 días, respectivamente.

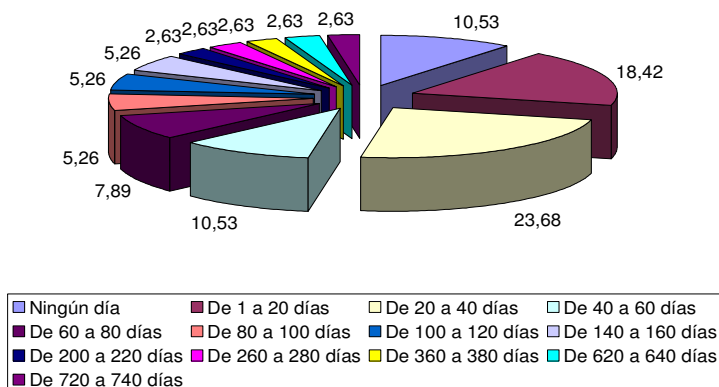


Figura 34.- Días de baja

6.12. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.

Tabla 19.- Sintomatología Manifiesta.

SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA	SI (%)
ANGUSTIA	100,00
ANSIEDAD	100,00
BAJO ESTADO DE ÁNIMO	100,00
LABILIDAD EMOCIONAL	100,00
SOLEDAD/AISLAMIENTO	92,11
APATIA	92,11
DESCONFIANZA	92,11
INSEGURIDAD/BAJA AUTOESTIMA	92,11
DESMOTIVACIÓN	89,47
FALLOS DE ATENCIÓN/MEMORIA	89,47
MIEDO	84,21
TRASTORNOS DEL SUEÑO	81,58
DIFICULTADES RESPIRATORIAS	73,68
IRRITABILIDAD	65,79
PERDIDAS DE CONTROL	47,37
CULPABILIDAD	44,74
DOLORES MUSCULARES Y ARTICULARES	39,47
OTROS	36,84
DOLOR DE ESPALDA	36,84
TRASTORNOS DIGESTIVOS	28,95
TAQUICARDIAS	28,95
VERTIGOS	23,68
ARRITMIAS	18,42

Desde el 84,21 al 100% de casos presentan síntomas psíquicos. La culpabilidad solo la manifiesta un 44,74% de los casos. Los Trastornos del sueño (81,58%) y las Dificultades respiratorias (73,68%) son los síntomas físicos con mayor ocurrencia.

El 100% de los casos presentan Angustia, Ansiedad, Bajo estado de ánimo y labilidad emocional. El 92,11% presenta Soledad/Aislamiento, Apatía, Desconfianza e Inseguridad/Baja Autoestima, respectivamente.

En el 89,47% los síntomas son Desmotivación y Fallos de Atención/Memoria, respectivamente. En el 84,21% presentan Miedo. En el 81,58% Trastornos del sueño. El 73,68% tienen una sintomatología manifiesta de Dificultades Respiratorias y el 65,79% presenta Irritabilidad.

Un 47,37% tienen pérdidas de control y el 44,74% manifiesta Culpabilidad. Un 39,47% presenta Dolores musculares y articulares. El 36,84% Dolor de Espalda así como otro tipo de síntomas, respectivamente. El 28,95% presenta Trastornos Digestivos y Taquicardias, el 23,68% con Vértigos y el 18,42% con Arritmias.

6.13. 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

Tabla 20.- DSM-IV

DSM-IV	SI (%)
DSM-IV - 6 - Trastornos depresivos	100,00
DSM-IV - 17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral	100,00
DSM-IV - 17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico	97,37
DSM-IV - 7 - Trastornos de angustia sin agorafobia	92,11
DSM-IV - 7 - Trastorno de ansiedad generalizada	92,11
DSM-IV - 7 - Trastorno por estrés agudo	63,16
DSM-IV - 13 - Trastornos primarios del sueño: Disomnias	39,47
DSM-IV - 17 - Problemas de relación no especificado	34,21
DSM-IV - 15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	28,95
DSM-IV - 14 - Trastorno del control de los impulsos no especificado	23,68
DSM-IV - 15 - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento	23,68
DSM-IV - 7 - Trastorno por estrés post-traumático	18,42
DSM-IV - 14 - Trastorno explosivo intermitente	18,42
DSM-IV - 13 - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias	13,16
DSM-IV - 6 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	10,53
DSM-IV - 6 - Trastorno del estado de ánimo no especificado	10,53
DSM-IV - 7 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	10,53
DSM-IV - 7 - Trastorno obsesivo-compulsivo	10,53

Trastornos depresivos (DSM-IV-6)

Lo presenta el 100% de los casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral.

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor 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.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:

Problema laboral (DSM-IV-17)

Lo presenta el 100% de los casos.

El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

Factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM-IV-17)

Lo presenta el 97,37% de los casos.

A. Presencia de una enfermedad médica.

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.
2. los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
3. los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

4. las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

Trastornos de angustia sin agorafobia (DSM-IV-7)

Lo presentan el 92,11% de los casos.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej. el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV-7)

Lo presentan el 92,11% de los casos.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno por estrés agudo (DSM-IV-7)

Lo presenta el 63,16% de los casos.

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 o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

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
4. despersonalización

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.

Trastornos primarios del sueño: Disomnias (Insomnio primario)
(DSM-IV-13)

Lo presenta el 39,47% de los casos.

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Problemas de relación no especificado (DSM-IV-17)

Lo presenta el 34,21% de los casos.

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud (paterno-filiales, conyugales, etc.). Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. El objeto de atención clínica se centra en los problemas de

relación que no son clasificables en ninguno de los problemas específicos mencionados antes (p. ej. dificultades con los colaboradores).

Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (DSM-IV-15)

Lo presenta el 28,95% de los casos.

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.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Trastorno del control de los impulsos no especificado (DSM-IV-14)

Lo presenta el 23,68% de los casos.

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento (DSM-IV-15)

Lo presenta el 23,68% de los casos.

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.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Trastorno por estrés post-traumático (DSM-IV-7)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

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 o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno explosivo intermitente (DSM-IV-14)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

Trastornos primarios del sueño: Parasomnias (DSM-IV-13)

Lo presenta el 13,16% de los casos.

A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o

autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (DSM-IV-6)

Lo presenta el 10,53% de los casos.

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno del estado de ánimo no especificado (DSM-IV-6)

Lo presenta el 10,53% de los casos.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (DSM-IV-7)

Lo presenta el 10,53% de los casos.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV-7)

Lo presenta el 10,53% de los casos.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que

el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej. preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

6.14. CIE 10

El 92,11% de los casos presenta Trastornos mixto de ansiedad y depresión. El 89,47% Trastornos de ansiedad generalizada y el 55,26% Episodio depresivo moderado.

Tabla 21.- CIE-10

CIE-10	SI (%)
F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión	92,11
F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada	89,47
F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado	55,26
F43 - 43.0 - Reacción al estrés agudo	47,37
F32 - 32.9 - Episodio depresivo no especificado	44,44
F32 - 32.0 - Episodio depresivo leve	39,47
F43 - 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático	18,42
F43 - 43.2 - Trastorno de adaptación	18,42
F32 - 32.2 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	5,26

Trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE 10 - F41 - 41.2)

Lo presenta el 92,11% de los casos.

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo

sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente). Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

Trastornos de ansiedad generalizada (CIE 10 - F41 - 41.1)

Lo presenta el 89,47% de los casos.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudo-ración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo

relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende á ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico:

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye: Estado de ansiedad. Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

Episodio depresivo moderado (CIE 10 - F32 - 32.1)

Lo presenta el 55,26% de los casos.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Reacción al estrés agudo (CIE 10 - F43 - 43.0)

Lo presenta el 47,37% de los casos.

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 y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del

individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano). También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación,

hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: Crisis aguda de nervios. Reacción aguda de crisis. Fatiga del combate. "Shock" psíquico.

Episodio depresivo leve (CIE 10 - F32 - 32.0)

Lo presenta el 39,47% de los casos.

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Trastorno de estrés post-traumático (CIE 10 - F43 - 43.1)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que

recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.

En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma,

deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

Trastorno de adaptación (CIE 10 - F43 - 43.2)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

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.

Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (CIE 10 - F32 - 32.2)

Lo presenta el 5,26% de los casos.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada. Melancolía. Depresión vital sin síntoma psicótico.

6.15. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

Los casos que autoinforman de estas conductas de Mobbing refieren que reciben una o varias de ellas. Del 50% al 81,58% de los casos refieren recibir una o varias conductas que les Desestabilizan emocionalmente, Ejercen una presión indebida sobre ellos, Modifican sus condiciones de trabajo sin comunicárselo previamente, se les Menosprecia profesionalmente, se les Niegan sus derechos, tienen Sobrecarga de trabajo, reciben Críticas persistentes e injustificadas a su trabajo y Acusaciones infundadas.

Tabla 22.- Conductas de Mobbing (del 50% al 81,58% de los casos)

CONDUCTAS DE MOBBING	Nº casos	SI (%)
Desestabilizar emocionalmente a la persona	31	81,58
Ejercer una presión indebida sobre la persona	26	68,42
Modificar las condiciones de trabajo sin comunicárselo	23	60,53
Menospreciarle profesionalmente	21	55,26
Negar sus derechos	20	52,63
Sobrecarga de trabajo	20	52,63
Críticas persistentes e injustificadas a su trabajo	19	50,00
Acusaciones infundadas	19	50,00

En más del 40% de los casos el tipo de conductas recibidas son Menosprecios, Perjuicio monetario, Humillaciones y conductas agresivas.

Tabla 23.- Conductas de Mobbing (más del 40% de los casos)

CONDUCTAS DE MOBBING	Nº casos	SI (%)
Ignorar, hacerle el vacío, fingir no verle	17	44,74
Menospreciarle personalmente	17	44,74
Perjudicar monetariamente sin causa justificada	17	44,74
Gritos en público y/o en privado	17	44,74
Humillaciones y desprecios en privado	16	42,11
Avasallar a la persona	16	42,11

Más de un 20% de los casos manifiestan que se les Excluye de reuniones, reciben Intrusiones en su trabajo, se les Amplían y dramatizan los pequeños errores que puedan tener y reciben

Humillaciones y desprecios ante otras personas. Las conductas con un porcentaje menor al 20% no se han reflejado en la tabla.

Tabla 24.- Conductas de Mobbing (más del 20% de los casos)

CONDUCTAS DE MOBBING	Nº casos	SI (%)
Excluirle de reuniones	15	39,47
Intrusiones en su trabajo	15	39,47
Ampliar y dramatizar pequeños errores	15	39,47
Humillaciones y desprecios ante otras personas	15	39,47
Negar el diálogo	14	36,84
Amenazas en privado en el lugar de trabajo	14	36,84
Ir a la caza de sus errores	14	36,84
Interrupciones continuas	13	34,21
Difundir murmuraciones, mentiras sobre la persona	13	34,21
Restringir las posibilidades de comunicarse con su superior	12	31,58
Desvalorizar su trabajo y sus éxitos atribuyéndoselos a otros	12	31,58
Impedir el acceso a información	10	26,32
Negar información para la realización de su trabajo	10	26,32
Interferencia en la vida privada	9	23,68
Plazos de ejecución imposibles	9	23,68
Comentarios peyorativos sobre su vida privada	8	21,05
Comentarios despectivos aludiendo al género	8	21,05

6.16. VARIABLES DE MOBBING.

6.16.1. Duración.

El 84,21% del total de casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, reciben estas conductas desde hace más de 6 meses. El 82,76% de las mujeres y el 88,89% de los hombres, sufren estas conductas no deseadas desde hace más de 6 meses.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

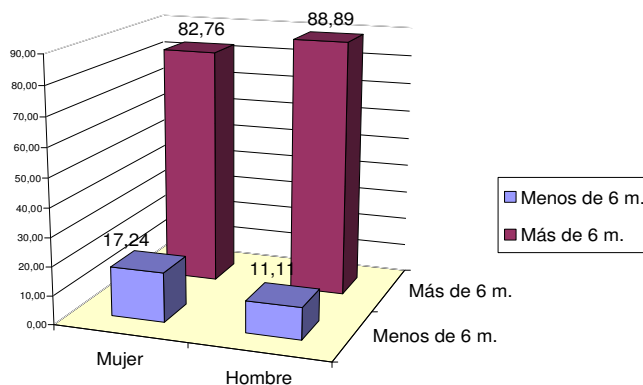


Figura 35.- Duración de las conductas (meses)

6.16.2. Frecuencia de las conductas: una o más veces por semana.

El 89,47%, 34 de los 38 casos, refieren que las conductas no deseadas se repiten con una frecuencia de una o más veces por semana.

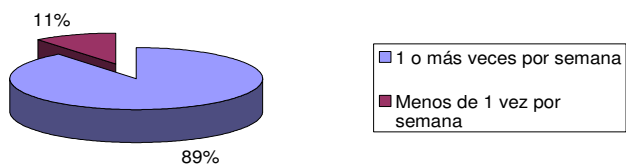


Figura 36.- Frecuencia de las conductas

6.16.3. Intencionalidad de la conducta.

En el 81,58% de los casos se da la intención de causar daño a esa persona y, por tanto, las conductas no deseadas se producen sobre esa persona más que sobre el resto de los compañeros.

En el 15,79% de los casos no se da la intención de causar daño a una persona determinada, pero sí que se producen conductas que generan una situación de Violencia en el Puesto de trabajo, a la que están expuestos por igual tanto la persona que ha sido derivada a consulta como el resto de sus compañeros.

En el 2,63% de casos nos encontramos con una exposición a factores psicosociales nocivos en el entorno laboral.

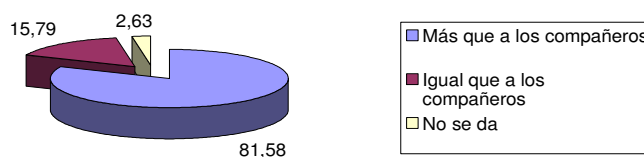


Figura 37.- Intencionalidad de las conductas

6.16.4. Direccionalidad de la conducta.

El porcentaje más elevado lo presenta el Mobbing descendente, que se recibe de un superior.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

En el 52,63% de los casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, es de tipo descendente, estas conductas son ejecutadas por un superior. En el 18,42% de los casos es horizontal, por un compañero. En el 15,79% de los casos por un superior y compañeros de trabajo, descendente y horizontal. En el 2,63% de los casos dichas conductas son realizadas por un superior y subordinados, descendente y ascendente, así como en otro 2,63% de los casos provienen de un grupo de superiores, descendente. En un 7,89% no se especifica.

Tabla 25.- Direccionalidad de las conductas.

DIRECCIONALIDAD	Nº CASOS
De un superior	20
De un compañero	7
De superior y compañeros	6
De superior y subordinados	1
De un grupo de superiores	1
No se especifica	3
TOTAL	38

6.16.5 Suceso desencadenante o agravante de la conducta.

En el 60,53% de los casos estas conductas se han producido después de un cambio en la Organización y/o personal. En el 28,95% de los casos estas conductas se han dado sin que la persona haya detectado ningún cambio.

En el 42,11% las conductas se iniciaron tras producirse cambios en la Organización. En el 18,42% de los casos las conductas comenzaron después de un cambio a nivel personal del sujeto afectado (baja por operación, maternidad, etc.). En el 10,53% de los casos estas conductas no deseadas se reciben a su incorporación a la Organización o al nuevo puesto de trabajo.

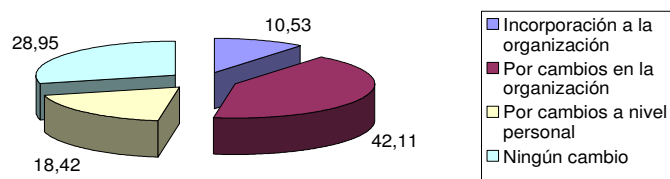


Figura 38.- Suceso desencadenante o agravante de la conducta

6.17. MEDICACIÓN.

El 60,53% de los casos toman algún tipo de medicación, mientras que el 39,47% no ingiere ningún tipo de medicación.

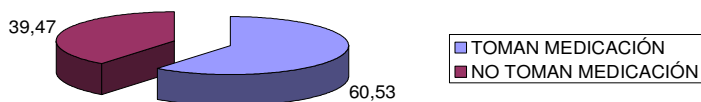


Figura 39.- Medicación

De los 23 casos que ingieren algún tipo de medicamento el 65,22% son antidepresivos. El 56,52% son antiestrés. El 30,43%

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

son ansiolíticos. El 4,35 son hipnóticos. En el 8,70% son medicamentos relacionados con otro tipo de sintomatología.

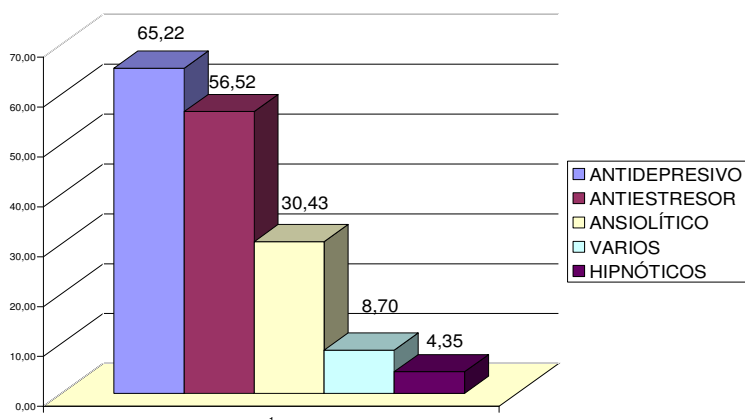


Figura 40.- Tipo de medicamentos

De los 23 casos que ingieren algún tipo de medicamento el 43,48% toman dos medicamentos. El 39,13% un medicamento. El 13,04% tres medicamentos. El 4,35% ingieren cuatro medicamentos distintos.

Tabla 26.- Ingesta de medicación por individuo (23 casos).

Astudal 5 mg. (hipertensión) Prevenor 40 mg. (colesterol) Tromalyt 300 mg. (eventos isquémicos coronarios) Valium 10 mg. (antiestresor)	CASO 1
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Diclofenaco 100 mg. (anti-inflamatorio) Dobupal Retard 75 o 150 mg. (antidepresivo)	CASO 2
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo) Orfidal 1 mg. (antiestresor) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	CASO 3
Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor) Seroxat 20 mg. (antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 4
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Seropram 20 y 30 mg. (antidepresivo)	CASO 5
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 6
Dobupal Retard 75 o 150 mg. (antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 7
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 8
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo) Orfidal 1 mg. (antiestresor)	CASO 9
Frosinor 20 mg.(antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 10
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Prisdal 30 mg. (antidepresivo)	CASO 11
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	CASO 12
Paroxetina 20 mg. (antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 13
Orfidal 0,5 mg. (antiestresor) Seroxat 20 mg. (antidepresivo)	CASO 22
Seis casos: cada uno toma solo uno de estos medicamentos Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor) Orfidal 1 mg. (antiestresor) Stilnox 10 mg. (hipnótico) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo) Paroxetina 20 mg. (antidepresivo)	CASO 14 CASO 15 CASO 16 CASO 17 CASO 18 CASO 23
Tres personas toman solo: Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASOS 19-20-21

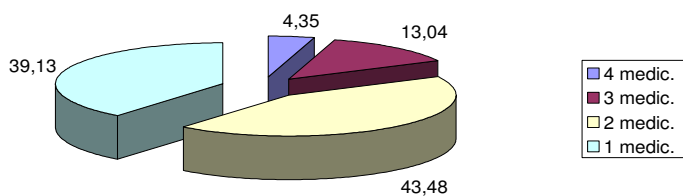


Figura 41.- Medicamentos por persona

En el 39,13% de los casos se receta Trankimazin (ansiolítico) y en el 26,09% de los casos Orfidal (antiestresor). En el 21,74% Seroxat (antidepresivo). En el 17,39% Diazepán (antiestresor). En el 13,04% Fluoxetina (antidepresivo) y Vandral (antidepresivo), respectivamente. En el 8,70% Dobupal Retard (antidepresivo), Loramet (antiestresor) y Paroxetina (antidepresivo), respectivamente.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

No se han hecho constar aquellos medicamentos ingeridos por el 4,35% de los casos.

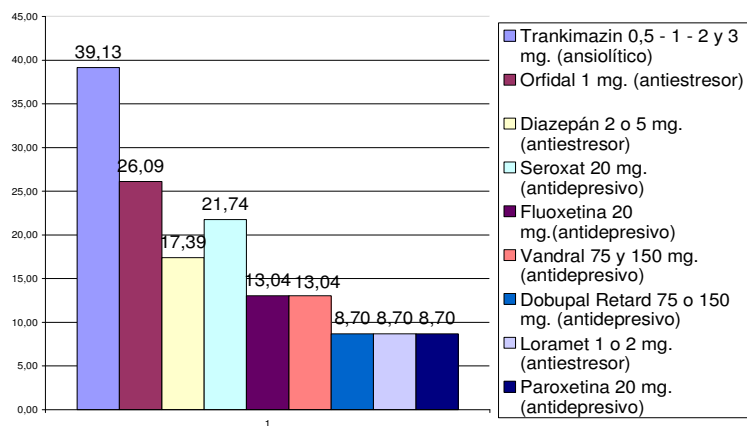


Figura 42.- Medicación recetada