

“Trastornos mentales” del ámbito socio-laboral: ¿son las personas responsables de su malestar o depende también del contexto?

*“Mental disorders” of the social-labour area:
are people responsible for their discomfort
or it depends also on the context?*

“Todo lo que está dentro ha estado antes fuera”

Lev s. Vygotsky

José Miguel Ribé Buitrón. Psiquiatra psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

Margarida Cleris Collelldemont. Psiquiatra psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

Jesús Gracia Alfranca. Psicólogo clínico y psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu. Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

Resumen: con el presente artículo se pretende poner de relieve la importancia en prestar atención, no solamente a los elementos personales de los usuarios que nos solicitan ayuda por dificultades en el ámbito laboral, si no también al contexto sociolaboral donde se hallan enmarcadas sus demandas. Se reflexiona acerca de los “trastornos mentales” directamente relacionados con el ámbito laboral y aquellos, cuya influencia, está más en relación con el contexto social. Finalmente, a partir de una comprensión sociolaboral, se plantean formas de atender, prevenir y tratar dichas problemáticas. Especialmente, y debido a su prevalencia, los autores toman como modelo de atención clínica y terapéutica el acoso laboral.

Palabras clave: salud mental, trabajo, contexto social, acoso laboral, atención primaria, crisis económica, prevención.

Summary: with this article we intend to relieve the importance of paying attention not only to the personal elements of the users who seek us for help within the work world, but also to the social-labour context of their demands. We meditate about the “mental disorders” directly related to the work world, and those more influenced by the social context. Finally, from a social and labour understanding, we set out ways of attend, prevent, and treat this issues. Due to it's prevalence, authors mostly take the model of clinical and therapeutic care of the labour harassment.

Key words: mental health, work, social context, workplace mobbing, primary care, economical crisis, prevention.

1. Introducción

La Unión Europea identifica los riesgos y las “enfermedades psicosociales” como el primer problema de salud laboral de este siglo, se estima afecta al 40% de los trabajadores. Los trastornos ansiosos y depresivos son los problemas psiquiátricos más comunes en la población general. De estos trastornos, una proporción significativa está causada o agravada por las condiciones del trabajo. Según la última encuesta de Salud de Catalunya (2010), el 5,7% de los hombres ocupados y el 13% de las mujeres ocupadas estaban en riesgo de sufrir algún “trastorno mental” (1).

A pesar de los cambios sociales y formas de entender las organizaciones laborales de muchas empresas e instituciones, la salud mental sigue centrada en el usuario como un ser independiente y ajeno a su entorno social y, en especial, a lo que aquí se atañe: el ámbito laboral (2). De hecho, durante mucho tiempo, la literatura en psiquiatría poco se ha interesado acerca de este tema. Y aunque las cosas van cambiando, se aprecia que una gran mayoría de trabajos la reducen a lo psicológico y al malestar centrado en la persona que demanda ayuda, como elemento parcial e individual, sin tener muy en cuenta el contexto laboral en el que se manejan las personas. Por contra, si son muchas las revistas de disciplinas afines a la psiquiatría (trabajo social, planes directivos en prevención laboral, legislación, sociología, epidemiología, atención primaria, enfermería...) que han escrito al respecto y sin embargo, podría pensarse que los profesionales en salud mental, desde una visión parcelar de la esfera vital de los pacientes, obvia y no da la suficiente importancia que se cree se merece.

Desde los “búnkers” en salud mental, se atienden a personas que requieren no solamente una exploración y ayuda focalizada en sus dificultades personales, si no también una comprensión que vaya más allá de sus conflictos intrapsíquicos. Conflictos presentes e inherentes a la persona, que se han podido amplificar o despertar al verse envueltos por interdependencias patógenas con las a menudo, enloquecedoras instituciones

(3) y estructuras laborales de nuestra sociedad. Las características personales, aunque inciden de una manera particular en cada situación laboral, no son determinantes para explicar la “patología” de quienes vienen a solicitar ayuda. Interesarse por el traumatismo o estrés psicosocial sufrido y el contexto laboral de la persona, puede aportar elementos complementarios para una mejor comprensión de la problemática por la que el paciente solicita ayuda.

Los organismos son sistemas abiertos influenciados por el exterior. Sólo se puede entender a la persona en su contexto o medio. Es algo que muchas veces se olvida, especialmente en salud mental. Afortunadamente, desde enfoques más relacionales se comienza a prestar atención a los factores externos disfuncionales que pueden dañar a la persona. Por otro lado se piensa que, en las poderosas clasificaciones internacionales CIE-10 y el futuro DSM-V (4), la tendencia es la de ir soslayando la realidad social. La escasa presencia de los elementos sociales, como factores de repercusión o desencadenamiento de “trastornos mentales”, no sólo pueden influir en la práctica clínica, si no también en las resoluciones judiciales, en los procedimientos periciales -por estamentos, que evalúan las repercusiones emocionales por causas sociolaborales-, etc. Valoraciones que, siguiendo a pies juntillas los criterios clasificatorios, pueden desestimar erróneamente, los componentes sociolaborales implicados en algunos “trastornos mentales”.

En la propia elaboración de este trabajo, los autores y colaboradores¹ de este texto han topado, en numerosas ocasiones, con el dilema de si las alteraciones y consecuencias mentales del ámbito laboral pueden o no considerarse “trastornos mentales”. Por este motivo se ha decidido entremillar el concepto “trastornos mentales”. De hecho, los autores se han sentido ambivalentes y ambiguos en sus reflexiones, que provenientes de los ámbitos psicológicos, sociales, administrativos y biológicos han tratado de integrar con este trabajo. No piensan que exista una sola respuesta y sí que deba reflexionarse en como

¹ Este artículo surge a partir de unas reuniones mensuales en nuestro centro. Mediante un “grupo de trabajo”, interdisciplinar y con la productiva metodología del *brainstorming*, se pensó y reflexionó acerca de la salud mental y laboral. Agradecer la colaboración, en sus aportaciones teóricas y experienciales, a nuestras trabajadoras sociales Aina Baque, Raquel Muro y Àngels Valero, al psiquiatra Eduardo Fleitas y a las administrativas Rosa Siñol y Susanna García.

enfocar las alteraciones mentales del ámbito sociolaboral. Es un tema complicado que los profesionales en salud mental deben replantearse, decidir que hacer y no mantenerse al margen.

Con este trabajo se pretende poner de relieve la importancia en prestar atención a los elementos personales de los usuarios que solicitan ayuda por dificultades en el ámbito laboral y en la interacción persona y medio sociolaboral (5). Se reflexiona acerca de los “trastornos mentales” directamente relacionados con el ámbito laboral y aquellos cuya influencia está más en relación con el contexto social. Finalmente, a partir de una comprensión sociolaboral, se plantean formas de atender, prevenir y tratar dichas problemáticas. Especialmente, y debido a su prevalencia, los autores toman como modelo de atención clínica y terapéutica el acoso laboral.

2. De como France Telekom puede representar una forma de negar la realidad

Apareció en septiembre del 2009 la alarma social en Francia. Una serie de suicidios concatenados en la empresa de telecomunicaciones y antiguo monopolio en el país galo France Telekom (6) puso en alerta al gobierno francés. Este trato 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 (7). ¿Pero qué fue lo que les llevó a ello? ¿qué significado social o laboral se le podría dar si es que existiese?

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 incapacidades laborales temporales. Son gritos, gritos mudos -y eso es lo más triste- de desesperación ante situaciones y marcos socio-laborales desbordantes.

A menudo, el trabajador que solicita la baja laboral representa al “loco” o débil de una familia. El estandarte o portador de la locura de su núcleo familiar, que acude a salud mental en representación de toda ella. En soledad y en silencio es aislado, culpabilizado y responsabilizado de su propio discomfort emocional. En las empresas puede apreciarse 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.

3. “Trastornos mentales” relacionados con el ámbito del trabajo y sociolaboral

En este punto se consideran dos posibles clasificaciones o formas de resituar las dificultades emocionales propias del ámbito laboral. Unas, se relacionarían directamente con **alteraciones en el lugar de trabajo in situ** y otras estarían en relación y como consecuencia, de la amplia **influencia del contexto social y laboral**.

a) relacionadas con el ámbito laboral

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 (8).

El tipo de trabajo, la exigencia, la organización de empresa, las reestructuraciones de plantilla y funciones, la solicitud de inmediatez, el trabajo con equipos de muchas personas... 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 (9-11). El estrés corresponde a una reacción física y psicológica ante un estímulo excesivo. Estar expuesto, cons-

tantemente, a una situación de tensión puede ocasionar daños mentales y fisiológicos.

Los trastornos, que suelen apreciarse con más frecuencia 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.

Es imprescindible definir bien la fenomenología de estos “trastornos” (12). De sus descripciones clínicas, se extraerán las formas de entender y tratar dichas dificultades, sin acarrear más daños que los propios del ámbito laboral.

Existen otras entidades específicas, que se enmarcan y etiquetan cotidianamente en los centros de salud mental como **“trastornos adaptativos sin especificar”**, que van más allá del estrés psicosocial inespecífico -suscitado por los conflictos laborales o tipo de organización del trabajo- que genera malestar. Estas situaciones se agrupan en forma de síndromes y se han hecho un lugar en otras disciplinas. Se piensa que en salud mental, se han obviado y se las ha reducido al simple diagnóstico de trastorno adaptativo, en un cajón de sastre sin casi profundizar. Destacamos a continuación, las siguientes:

El síndrome burn out, o agotamiento emocional (13-14) y aparece en personas que tratan con problemas humanos (15) y suelen ser muy exigentes en la labor que desempeñan. Aunque se piensa que es un “trastorno” que no se identifica mucho, debido a su dificultad en detectarlo en la práctica clínica habitual, es bastante frecuente. En este síndrome se suele hablar de diferentes fases, que de no intervenir no tendrán remedio. Así, de un primer momento de entusiasmo con el trabajo en personas motivadas e implicadas, se llega a una última de apatía, en la que la distancia emocional en tan grande que la conducta de la persona es evitativa y de intensa inhibición. El **burn out** puede incluso llegar a ser contagioso, la pérdida de la autoestima profesional y el cuestionamiento de las propias tareas llevan frecuentemente a la formación de gru-

pos con parecidas características. La consecuencia última es la pérdida de la calidad asistencial (16).

El **síndrome del bore out** o aburrimiento insoponible en el trabajo, que lleva a la larga a una crisis existencial en que la persona está de cuerpo presente y mente ausente (17). Puede confundirse con un trastorno depresivo. Suele darse en personas, que en contra de lo que se suele pensar, son exigentes y con grandes capacidades. El **bore out** es lo contrario del **burn out**. Se compone de bajos niveles de exigencia laboral, aburrimiento y desinterés. La premisa de que sería genial no dar golpe en el trabajo es muy popular. Sin embargo, la verdad es que las horas en las que no hay nada más que hacer que esperar a que llegue la hora de volver a casa, pasan muy lentamente, con un terror mudo. El empleado a quien le ocurre esto termina basando en esa insatisfacción, por paradójico que parezca, el resto de estrategias de su vida (18).

El **mobbing laboral** o acoso laboral, como forma característica de estrés laboral que 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. 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 (19). 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 trastorno mental. Según los parámetros DSM, podría calificarse como “trastorno de estrés postraumático”. Al igual que en el **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.

La **búsqueda de renta**, clásicamente descrita como la búsqueda de compensación económica tras accidente de trabajo con secuelas no graves e inexplicables. Se piensa que el estrés psicosocial, el acoso psicológico puede actuar como un accidente de trabajo clásico y originar la nueva “neurosis de renta” (20), como una claudicación psíquica, donde se busca una compensación ante el convencimiento de que ya no se puede trabajar. Quizás podría considerarse como una secuela al sufrimiento mental derivado de una mala gestión de los riesgos psicosociales, tanto en las empresas, como en la sanidad pública. El caso es, que podría también pensarse, que el *rentismo* puede constituirse como la última salida ante un importante estrés laboral, difícilmente asimilable. El deseo de indemnización no siempre se haya basado en una avidez 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.

Otras dificultades que pueden relacionarse con el ámbito laboral es la adicción al trabajo, más conocida con el término anglosajón de *workalcoholic*.

b) más allá de los riesgos del lugar de trabajo y la crisis económica

Las **crisis económicas** (21-22) se asocian a un aumento de los problemas de salud mental y de la mortalidad por suicidios y por problemas asociados al abuso de alcohol.

Las condiciones laborales están cambiando. Así por ejemplo observamos que con la crisis se están produciendo **expedientes de regulación de empleo**, que echan a personal cualificado, creando una sensación de inseguridad e inestabilidad laboral a quienes mantienen su puesto de trabajo, principalmente por hacerles sentir a las personas como prescindibles (23). También **reestructuraciones laborales** que, aún reduciendo la dedicación a la jornada laboral los empleados se ven obligados a realizar las mismas tareas en menos tiempo. La **reestructuración de la plantilla**, con la adaptabilidad que ello supo-

ne al cambiar de función en la empresa, y los **recortes de plantilla**, que no solamente puede suponer un impacto sobre la salud para las personas que pierden el trabajo, si no también para quienes siguen trabajando, que pueden presentar incertidumbre sobre su futuro laboral y un aumento de los conflictos con sus compañeros al tener que repartir el incremento del volumen de trabajo (ya que habitualmente se reduce más la mano de obra que las exigencias del trabajo) (24-26). En según que empresas, **largas jornadas laborales** (>40 horas semanales) (28) imposibilitan, en algunos casos, la conciliación entre el trabajo y la vida familiar (29). Hay también evidencias bien documentadas acerca del efecto en la salud mental producido por las deudas, dificultades financieras y los problemas para pagar la hipoteca.

Con las crisis económicas (30) se cierran empresas donde personas de avanzada edad presentan dificultades importantes en hallar otros trabajos. Especialmente, desde la práctica del consultorio se observa, como personas de >50 años suelen ser los más afectados. Son personas, con amplia experiencia y sobradamente cualificados, no bienvenidos en las empresas. Esta situación conduce a muchas personas a la desesperación y al malestar psíquico. ¿Qué se puede hacer ante estas situaciones?, ¿deben asumirse los sentimientos de desesperanza, malestar como auténticos trastornos mentales?, ¿deben realizarse informes de inspección médica “favorables” para que se adelante la edad de jubilación en personas que ya no encuentran trabajo por su avanzada edad? ¿Debemos mantenernos al margen ante estas situaciones? Se piensa que muchos de estos determinantes están fuera del ámbito del sistema de salud y se atienden como si así lo fueran.

4. ¿Cómo se reciben a los usuarios con problemas laborales en los centros ambulatorios?

Resulta interesante, y se cree deba reflexionarse más acerca de cómo los profesionales en salud mental se acercan a las personas que presentan alteraciones del ánimo en el contexto laboral, que solicitan un informe ya en la primera visita y la baja laboral por “enfermedad”. De entrada, el profesional debe tener la contratransferencia

bien trabajada o elaborada, como para no sentir una cierta molestia que estaría cercana a lo que podría calificarse como sentimiento de rechazo.

Salvado ese primer contacto con la reiterativa sensación, que puede tenerse, de trabajar cómo meros funcionarios (31) que tramitan incapacidades, realizan informes para bajas laborales y practican la prescripción psicofarmacológica como único recurso, se pueden plantear varias hipótesis que pueden servir, como punto de partida para plantearse desde donde el usuario solicita ayuda. Se destacarían tres rutas exploratorias de acceso a la persona que se tiene delante: la dificultad que presenta estriba en él mismo (eufemismo correspondiente a *se lo ha buscado el trabajador*), los factores ambientales de las organizaciones laborables son los responsables principales del malestar que la persona expresa o ambas. Se cree que hay que ir superando esa dicotomía en su etiología (*lo externo y lo interno*) y prestar la atención, en su justa medida, de manera proporcional y realista, a la causalidad del malestar del usuario.

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 cómo único responsable de lo que le sucede. Se piensa que en salud mental 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. Ya que como dijo el soviético Lev S. Vygotsky, “todo lo que está dentro ha estado antes fuera” (32).

En Cataluña existe desde 1980 una institución pionera: la “Unitat de Salut Laboral” (USL) (33-34). Repartida por el territorio catalán, esta institución, dispone de 9 centros que tratan de contribuir a la interrelación entre los diversos agentes de salud laboral en el territorio, en este caso la

región sanitaria. Principalmente las Áreas Básicas de Atención Primaria y Salud Mental.

Habitualmente, antes de recibir al paciente en consulta, este ha sido visitado por su médico de familia y se le ha recomendado que acuda a la USL. Esta, una vez se recibe la notificación de un caso, se analiza su relación con el trabajo a partir de la información clínica proporcionada por los médicos de atención primaria, a veces también si no lo ha derivado el médico, por los profesionales en salud mental y a través de las condiciones de trabajo proporcionadas por el trabajador o trabajadora que expone, a partir de documentación del puesto de trabajo y de su propio relato. 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 salud mental, el servicio de prevención o la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la empresa donde está empleada la persona afectada, además de al propio trabajador. Sin embargo, según dicha unidad, 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.

La USL, que pertenece a la red sanitaria pública, hace un trabajo impecable y sin duda resulta ser un altavoz y transmisor público e institucional del sufrimiento de muchos trabajadores. Desde este organismo se legitiman y escuchan los problemas de los trabajadores y se dan voz a sus demandas. Aún así, a veces se observa que los usuarios, que solicitan ayuda al profesional en salud mental, acuden con unas altas expectativas que se verán frustradas en consulta. En parte, y es algo que se ha transmitido a la USL, se piensa que, las recomendaciones que emiten en unos extensos y rigurosos informes, tras evaluar los casos en salud laboral, pueden ser poco realistas y paradójicamente más centrados en las dificultades de la persona, como ser individual, que en relación al medio. Lo mismo sucede con las ideas y expectativas acerca del tratamiento, que les dan algunos médicos de cabecera. Así, las personas acuden a los profesionales con la idea de que tienen síntomas depresivos y an-

siosos y que, casi directamente y sin a penas entrevista psicodiagnóstica y terapéutica, serán derivados a un psicoterapeuta para poder “curarse”. Se piensa que, a menudo y desde esas expectativas, los pacientes adoptan una postura pasiva difícilmente movible.

Tampoco se cree que ayude mucho, en la relación terapeuta paciente, la burocracia que, con mansedumbre, los psiquiatras y los médicos de cabecera asumen. Así, de cara a valorar una baja laboral de un paciente, el Instituto de Evaluaciones Médicas de Cataluña (ICAM) 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 se plantea a los profesionales en salud mental es el de poder informar, sin asumir el rol pericial, incompatible con el de clínicos terapeutas.

Con el paso del tiempo, a veces la situación del paciente no cambia mucho. Aún así, el ICAM puede exigir otro informe, muy a pesar que haya transcurrido unos meses, 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.

Debe pensarse también en la terminología que se utiliza en la medicina y en la salud mental. Por ejemplo, “medicación de/para crónicos”, “enfermedad crónica”, “enfermedad mental”, “minusvalía o invalidez psíquica”... ¿Se pregunta, dedicando un breve tiempo de la consulta, qué entiende el paciente por esos términos? ¿Le condiciona o le impacta al paciente los términos que, a veces “alegremente” se utilizan entre los profesionales? En salud laboral sucede lo mismo. Debiera pensarse, junto al paciente, acerca del término y connotación del concepto de “INCAPACIDAD laboral temporal”. Para personas que no llevan bien el tener que estar de baja, ese término, si no es elaborado a nivel psicoterapéutico, puede resultar, valga la redundancia, incapacitante. Además, poniéndose como ejemplo el acoso laboral, ¿significaría qué la persona “es incapaz” para tolerar el acoso de los compañeros? ¿Tiene qué ser capaz?

5. Manejo y consideraciones clínico-terapéuticas en los “trastornos mentales” del ámbito socio-laboral

Ante nuevos valores sociales, culturales y económicos, se presentan nuevas expectativas y demandas que requieren nuevas ofertas y respuestas. Respuestas que deben contextualizarse en el origen de las dificultades por las que los usuarios solicitan. Por tanto y en primer lugar, hay que tener presente que, aquellas dificultades inherentes y como consecuencia de determinantes sociales, laborales y económicos deben ser enfocadas y tratadas en su origen como en su propia naturaleza.

Así y sirva de ejemplo, alguien a quien han echado del trabajo con 50 años de edad, que presenta muchas deudas y no le dan trabajo en ningún sitio por su avanzada edad laboral no debiera ser, de entrada y sin un malestar añadido, subsidiario de tratamiento psicofarmacológico ni psicoterapéutico. A pesar de ello, y desde la contraidentificación proyectiva con su impotencia, de forma omnipotente, es atendido para ser tratado. Desde la experiencia, pese a pautar algún antidepresivo y/o la realización de psicoterapia el usuario no mejora significativamente en su malestar. Inclusive, el tratarle puede llegar a ser iatrogénico. El paciente, a la larga puede “acomodarse” a los controles asistenciales con el médico y sigue solicitando informes para que se le mantenga la baja laboral. A veces, como salida a su situación económica, pueden colocar a los profesionales en la diatriba de ir a colisionar con demandas, con las que no se está del todo de acuerdo ni nada cómodo. Así, pueden solicitar que se favorezcan los informes clínicos (que se adecuen o adapten a una patología mental clasificable) de cara a que le otorguen una jubilación anticipada o peor aún, el reconocimiento de una minusvalía psíquica parcial o total.

A pesar de dicho ejemplo, como en otros habituales de la práctica diaria, se sopesan formas de intervenir sobre estas demandas, que pueden resultar terapéuticas. Quiere dejarse claro, que la cuestión no es no atender, si no atender para devolver adecuadamente lo que para el paciente puede ser más beneficioso. Y no siempre son los psicofármacos ni la psicoterapia reglada de larga duración. A continuación se exponen, a partir de la

experiencia, intervenciones y aspectos comunes a los problemas en salud mental del ámbito laboral que se focalizan, especialmente por su prevalencia en atención primaria, en el acoso laboral.

Inicialmente las personas con dificultades en el ámbito laboral, que no saben de entrada que les sucede, expresan al profesional síntomas muy vagos como son la ansiedad y somatizaciones. Este tipo de “trastornos” son en sus inicios muy inespecíficos e insidiosos, el domingo por la noche, o el lunes por la mañana pueden presentar dichos síntomas de forma más acuciante. Habitualmente no lo relacionan con los determinantes laborales y los mantienen disociados (35). De una forma más específica, en 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.

La detección en las fases iniciales del “trastorno” son esenciales, 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.

El acoso laboral suele implicar una descalificación profesional (36). 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 (37). En este punto la persona está con posibilidades de caer en una depresión clínica.

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 (38-39). Nuevamente, si no se ha su-

gerido 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. 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 (40). Cabe mencionar que, con la crisis económica actual, se ha observado una disminución de las bajas justificadas por temor a perder el trabajo al reincorporarse. Este hecho conlleva también que las personas no acudan de forma regular a las consultas de salud mental para recibir tratamiento porque deben ausentarse del trabajo. A veces, incluso, algunas empresas llegan a ponerse en contacto con los profesionales que atienden a sus empleados para que se justifique su ausencia en el puesto de trabajo. Sin duda, la presión externa es mayor.

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.

El tratamiento psicofarmacológico será complementario y su función será mitigar síntomas de predominio ansioso. Se recomienda, explicar que el tratamiento es temporal y que no es la solución a sus dificultades en el ámbito laboral. Es importante explicar esto. Se observa como personas, desde una impotencia enorme ante un sentimiento de injusticia laboral, son incapaces de salir de ahí, sufren y demandan muy ansiosamente una ayuda casi mágica a sus problemas.

Desde la dificultad de los profesionales a la contención, muchas veces se “empastilla” a las personas, no es posible contener su situación y no se puede pensar junto a ellos acerca de que poder hacer con los determinantes psicosociales que, en parte, le han llevado a pedir ayuda. Además, y peor aún, poniendo tanto el acento en la medicación se descuidan los factores psicosociales. El tratamiento psicoterapéutico debe ser realista y con objetivos muy claros. Deben valorarse las expectativas del paciente y fijar unos objetivos claros y limitados en el tiempo.

En psicoterapia se permite que la persona exprese todo lo sufrido en su lugar de trabajo, todo lo que allí, en un ambiente de confusión no se ha podido expresar. Se legitima su sufrimiento (que suele expresarse en forma de rememoraciones oníricas), se pone sobre la mesa los posibles determinantes externos que le han traído a la consulta y se trata de desculpabilizar sus sentimientos de culpa y masoquistas.

La culpa y sus manifestaciones son recurrentes en este tipo de “trastornos”. Es importante, en el acoso laboral, vigilar que los profesionales no revictimicen al paciente. Se deben tratar los autorreproches, las conductas autopunitivas y masoquistas. Así, la culpa se observa en personas que sienten que han dañado a su familia, que no debían haber abandonado el puesto de trabajo, que piensan que se merecen lo que les pasa y que sienten malestar por no estar activos. Se piensa, que esta culpa “por no estar activos” es en realidad un desplazamiento por la tarea más urgente que el paciente debe realizar, y por la que se puede sentir más confuso: la tarea, el trabajo de reorientar su actividad laboral y su identidad profesional. Acostumbran también, a negar o reprimir su propia hostilidad en la relación transferencial. Es importante que identifiquemos en la consulta, sus propios sentimientos de agresividad.

En adelante, se debe ir ayudando a la persona a restablecer su identidad (41) como profesional y como persona con competencias. Algo que se percibe, de forma muy notable en la clínica, es que las personas que se encuentran en proceso de recuperación y toma de conciencia acerca de la imposibilidad de reincorporarse al mismo puesto de trabajo suele transitar por momentos de importante confusión respecto a como re-

orientar su actividad laboral y su identidad profesional. Querer reincorporarse de una manera apresurada, salir de esta situación de confusión e inactividad responde a sentimientos de necesitar hacer algo, restablecer su autoestima.

Posteriormente, en una fase de resolución y reorientación laboral se advierte que es difícil volver al anterior trabajo. Se piensa que deben darse una serie de circunstancias favorables que consistirían en:

- a. Haber podido superar los sentimientos de ansiedad y depresivos.
- b. Cambiar de lugar en la empresa, por ejemplo de función o departamento.
- c. No encontrarse bajo la responsabilidad del mismo jefe.
- d. Que estos cambios sean estables, no solamente en el inicio de la reincorporación.
- e. Que exista un vínculo con el comité de empresa y recursos humanos. Que sean conscientes de la situación de la persona.

Si se trata de una empresa más pequeña la reincorporación será más difícil, ya que:

- a. El jefe suele ser el mismo dueño.
- b. No hay gran división de funciones dentro de la empresa, ni muchos puestos para recolocar a la persona afecta.

A veces, “rendirse”, retirar las denuncias a la empresa, no asistir a los juicios por sentirse saturado, y querer “olvidarse” de volver a la empresa es considerado por muchos pacientes como un signo de debilidad y de triunfo por quien les hostiga. Se piensa que, tanto si la persona decide seguir con contenciosos legales con la empresa de cara a regresar, como si no, debe acompañársela. La “rendición” elaborada, la renuncia a una lucha “contra un gigante” puede ser una salida digna y una oportunidad para volver a empezar sin resentimientos ni secuelas en otro puesto de trabajo.

Las intervenciones psicoterapéuticas como psicofarmacológicas deben ir acompañadas, por no decir precedidas, por asesoramiento legal (42) (más si hay denuncias o juicios), sindical o de recursos humanos, se debe poner en contacto al paciente con la USL, inspección laboral... Esto es algo que no se hace en consulta muchas veces

por desconocimiento. Estas indicaciones, orientaciones o simplemente, este saber derivar a otros servicios resultan esenciales, no solamente por la efectividad (en la actuación de dichos organismos), y en la prevención, sino también por lo que se le transmite (el factor psicosocial) a los pacientes. En este tipo de indicaciones los profesionales de la salud mental deben contar con la ayuda y el trabajo interdisciplinar de trabajo social.

La denuncia en este tipo de “trastornos” suele aparecer tarde o temprano. La denuncia que interponen los pacientes puede contribuir de diversas formas:

- a. Una forma de hacer intervenir a inspección laboral, que puede solicitar una valoración psicosocial a la empresa.
- b. Puede significar una forma de acabar con la empresa, de “cortar” el vínculo. A menudo, cuando la persona la realiza puede pensarse que quiere irse definitivamente, que no soporta más la tensión. Suelen tener la creencia que tras la denuncia serán despedidos.
- c. La denuncia puede también no acabar en un despido y ganar el juicio contra la empresa. En estos casos, la sentencia a su favor, puede representar una restauración de su dañada autoestima, de sentirse rehabilitado profesionalmente y porque no, de recibir también una compensación económica. En estos casos, aunque el paciente puede inicialmente sentirse bien, puede presentar una retraumatización si no es despedido, debe volver a reincorporarse a la empresa, exponiéndose nuevamente a los conflictos o personas que le llevaron a consultar en su momento.
- d. La denuncia, social y legalmente, es una forma también de sumarse al sufrimiento de muchas otras personas o de quienes pueden padecer conflictos o malestar laboral en el futuro.

6. Promoción y prevención de la salud mental en el ámbito socio-laboral

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, 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 (43).

Así, hoy en día se sabe que un 85% de las empresas viola la ley de prevención de riesgos laborales (44). 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. La ley de prevención de riesgos laborales, de 1995, exige al empresario garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Eso incluye los riesgos psicosociales y, con ellos, la violencia laboral: agresiones verbales o acoso sexual, pero también órdenes contradictorias o aislamiento. 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 de 2008 (45). 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”.

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. Especialmente y desde Atención Primaria (46) debe manejarse con sentido común las demandas

de la población. Aquellas demandas con “síntomas” mentales en las que existen detrás situaciones sociales injustas, que exigen un análisis y una solución colectiva, deben ser enfocadas en dicho origen. En estas, el profesional debe contener(se) al usuario explicándole, razonadamente y empáticamente, que la situación por la que pasa puede ser temporal, que entiende su malestar y que, aunque no lo crea, la forma con la que puede ayudarle es hacerle entender que su sufrimiento está estrechamente vinculado a unos determinantes que están fuera de la cobertura sanitaria. Si se decidiese actuar sólo a nivel psicofarmacológico, psicoterapéutico y con la realización de informes -que a menudo acompañan dichas intervenciones terapéuticas-, se puede caer en un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos y realidades que son mucho más complejas. En estos casos, desde Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, es imprescindible que se conozca la compleja interacción dialéctica entre los individuos y la estructura social. De esta forma se puede actuar en ella en una adecuada perspectiva de curación. Es importante también que Atención Primaria se coordine con Salud Mental, ya que a menudo se percibe como desde Atención Primaria se transmiten unas expectativas de curación, desde lo psicofarmacológico y lo psicoterapéutico a nivel individual, que entorpece y dificulta el señalamiento y comprensión, de la también dificultad de los pacientes desde el horizonte y explicación etiológica de la dimensión social (47).

La prevención cuaternaria y la no indicación de tratamiento es la mejor solución. La cuaternaria, término desarrollado por Marc Jamouille, es “la actividad médica que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario” (48-49). Cuesta mucho, seguro, pero hay que ir implantándola, especialmente en Atención Primaria. Si se sigue atendiendo todas las dificultades sin demanda clara y justificable “chamuscaremos” aún más el sistema sanitario. Como enseña el psiquiatra Ortiz, no se debe enmarcar en lo psicológico y en lo íntimo asuntos de orden ético y de ámbito público. Tampoco debe propugnarse un adaptacionismo personal frente a situaciones sociales injustas. Además, quiere señalarse que, la indicación de no tratamiento constituye *per se*, en el marco de la entrevistas con el paciente, una intervención psicoterapéutica en toda regla.

El profesional debe también, tras la no indicación de tratamiento, vehiculizar la demanda del usuario hacia cauces donde tenga sentido ayudarle. Para ello los profesionales en salud mental deben trabajar bajo modelos interdisciplinares y en equipo. Deben salir del aislamiento, que a veces constituyen algunos centros, conocer otras posibilidades e interesarse por organismos que tiene más experiencia en la ayuda a personas afectas por problemas laborales. De alguna forma, el proceso terapéutico debe ser holístico y surgir de la integración de diferentes especialidades profesionales.

Ante dificultades en el trabajo, antes o durante la intervención del especialista, se insiste desde la USL, que se afronte la situación ante los responsables de recursos humanos. Que se solicite asesoramiento y soporte de un representante sindical para gestionar el problema con el responsable de Recursos Humanos (RRHH) que según la normativa vigente, es uno de los responsables de que las condiciones de trabajo no se conviertan en factores de riesgo para la salud de los trabajadores. Posteriormente la persona afectada debe ponerse en contacto con un abogado. En caso de no acabar con la situación causante de estrés laboral se recomienda, en última instancia, cursar la denuncia o solicitar la intervención de la autoridad laboral pertinente, en España, la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social. Análisis realizados desde la USL muestran que, tras las notificaciones de dicha institución a las empresas donde sucede los factores de estrés se producen con el tiempo cambios en los puestos de trabajo según las recomendaciones realizadas desde la USL, algo que se interpreta como algo positivo.

El impacto de las crisis económicas sobre la salud (50) depende en buena medida del gasto en políticas de protección social, de manera que es superior en los países, como España, con gastos muy bajos. Por ello, como apunta el grupo de Lucía Artazcoz y colaboradores, es fundamental que los gobiernos mantengan o incluso aumenten los gastos en protección social. Desde el punto de vista de la salud pública son necesarias políticas activas de ocupación, pero se tiene que tener en cuenta que el efecto beneficioso del trabajo remunerado sobre la salud depende de las condiciones de trabajo y en el contexto actual es probable que muchas personas en situación de vulnerabilidad económica se vean obligadas a aceptar condicio-

nes de trabajo duras y situaciones de explotación, hecho que los agentes sociales habrían de vigilar estrechamente para evitar que se produzcan.

7. Reflexión final

Debería recordarse que el Sistema Sanitario no está para dar soluciones a todos los problemas de las personas. Menos aún cuando el origen de las dificultades son de índole claramente social, económica o laboral. A la larga, si se trata de dar respuestas no realistas a sentimientos reactivos y proporcionales a situaciones o acontecimientos que expliquen dichos sentimientos el resultado puede ser peor (iatrogenia, estancamientos terapéuticos, contratransferencias negativas, relaciones sado-masoquistas médico-usuario...). Para dichas demandas es el estado y la sociedad quien debe responder. No debe Sanidad salvar los puntos ciegos de una sociedad y un sistema socio-laboral precario. No está para ello, ya que luego, quienes realmente son subsidiarios y con plena indicación de tratamientos psicológicos y médicos tienen que esperar debido al desbordamiento de demandas sin motivos reales (51).

Se piensa que algunos medios de comunicación, desde el poder de influencia que tienen sobre la opinión de la ciudadanía, buscando únicamente la noticia visceral y de mayor impacto, no favorecen en la educación social y en el saber hacer un buen uso de los servicios en salud mental. La información que vierten en los medios, puede estar también descontextualizada. Por ejemplo, se considera que no hay lugar a la duda respecto que la crisis económica está afectando, mediante los recortes sanitarios en recursos asistenciales (pisos tutelados, residencias psiquiátricas, posibilidad de mayor tiempo en terapia...), a personas con patologías mentales graves. Lo que no se está tan de acuerdo es que se diga, con cierta ligereza y banalidad, que la crisis económica y sus consecuencias (paro, problemas económicos...) en personas “sanas” pueda producir siempre trastornos mentales. Se piensa que, en vez de trastornos mentales, fuera más adecuado decir bajo ánimo o malestar. Por supuesto que quedarse sin trabajo, estar en el paro son situaciones que pueden hacer perder la autoestima y hundir en una depresión a la persona. Sin embargo, la palabra “trastornos mentales” puede estar mal vinculada con el hecho de que la solución para estar bien es ir al psiquiatra. Desde

las consultas, cada vez más, los usuarios son más exigentes con sus demandas y resulta más difícil atenderles debido a que sus requerimientos corresponden a malestares propios de la vida (52), contratiempos que pensamos deben seguir su curso, sin censurarlos con medicación y sin promesas de psicoterapias mágicas. A todas las personas puede irles de fábula ir a un psicoterapeuta. Siempre van a ver elementos internos de las personas que puedan ser explorados como también “citocromos” que funcionen mejor con otros anti-depresivos todavía no utilizados. ¿Dónde se deben plantar los profesionales en el tratamiento de las personas? Hay que saber donde se trabaja (la pública), los recursos internos y externos de los que se dispone (limitados), el origen principal del malestar (¿biológico, psicológico o social?), trazar un objetivo terapéutico (foco), limitado (con temporalidad) y trabajar con sentido común (que se pierde). Si no se presta atención a estos elementos se corre el riesgo de mantener una saturación masiva de los servicios en salud mental, especialmente, en detrimento de la atención a personas con graves trastornos mentales severos.

8. Referencias bibliográficas

1. *Riesgo Psicosocial. Guía para la buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial*. 2006. Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. Accesible en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2143/riscpsicocompl2010.pdf
2. Kalimo R, El-Batawi M., Cooper CL. *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Bélgica: Organización Mundial de la Salud; 1988.
3. Menzies I. *Containing anxiety in institutions*. London: Free Association Books; 1988) Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail*. Paris: Éd. Du Seuil; 1996.
4. American Psychiatric Association. *DSM-V Development*. Accesible en: URL: www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=465. Fecha de acceso: 11 de julio del 2011.
5. Mansilla F. El riesgo psicosocial en el trabajo: Una realidad emergente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2004; Vol.24, No.89: pp.3-4.

6. Agencia EFE. Los suicidios de trabajadores de France Télécom obligan al Gobierno a actuar”. Diario *La Vanguardia* 2009, Sept 13. Accesible en URL: www.lavanguardia.com/sucesos/noticias/20090913/53784582209/los-suicidios-de-trabajadores-de-france-telecom-obligan-al-gobierno-a-actuar-france-telecom-didier-l.html
7. Argyle M.: *Psicología social del trabajo*. Bilbao: Deusto; 1977.
8. Fernanda M^a. Trastornos psicosociales: salud mental en el trabajo. *Revista Ciencia y trabajo*, nº 14, octubre/diciembre 2004. Accesible en: www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/Pagina%20A8o.PDF
9. Buendía J. *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998.
10. Peiro JM. *Control del estrés laboral*. Valencia: Eudema; 1996.
11. Macías MD, et al. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo “desequilibrio esfuerzo-recompensa. *Med Clin (Barc)* 2003;120(17): 652-7).
12. Fernández J y Garrido E. *Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2002.
13. Sennet R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama; 2000.
14. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burn out o el desgaste profesional (I). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11 (39): pp. 267-273.
15. Carretero B., et al. Estudio de antecedentes y consecuentes del burn out en profesionales de educación especial en centros públicos de Madrid. *Psiquis*, 1998; 19 (9): 397-407.
16. Rubiol G. El agotamiento (burn out) en las profesiones de ayuda. *Revista Treball Social* 1990, 94, 6/84.
17. Piñuel I. *La dimisión interior. Del síndrome postvocacional a los riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.
18. Rothlin P, Werder P. *Bore out: el nuevo síndrome laboral*. Barcelona: De Bolsillo; 2009.
19. Hirigoyen MF. *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós; 2001.
20. Aldea MJ. Revisión actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta. *Informaciones Psiquiátricas*, 1994, núm. 138 (4 Tr.).
21. Leeftang RLI, Klein-Hesselink J, Spruit P. Health effects of unemployment-II. Men and women. *Soc Sci Med* 1992; 34: pp.351-363.
22. Rodríguez E, Lasch K, Mead JP. The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *Int J Health Serv* 1997; 27: pp.601-623.
23. Sennet R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama; 2000.
24. Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying in the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2000; 320: pp.971-975.
25. Vahtera J, et al. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohorte study. *BMJ* 2004, 328 (7439): pp.555.
26. Dragano N, Verde PE, Siegrist J. Organisational downsizing and work stress: testing synergistic health effects in employed men and women. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: pp.694-699.
27. Artazcoz L et al. Understanding the relationship of long working hours with health status and health related behaviours. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: pp.521- 527.
28. Unitat Salut Laboral. Els casos del trimestre. *Boletín* 62, octubre 2008. Accesible en URL: www.aspb.es/quefem/docs/Treball_al_CAP_62.pdf
29. Artazcoz L, Benach J, Borell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 94: 82-88.
30. Unitat Salut Laboral. Els casos del trimestre. *Boletín* 63 enero 2009. Accesible en: URL: www.aspb.es/quefem/docs/Treball_al_CAP_63.pdf
31. Chicharro F. La identidad profesional: de terapeuta a administrativo. *Revista GOZE* 2000; Vol. III, No. 8, pp.12-20.



32. Vygotsky, LS. *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
33. Unitat de Salut Laboral - Agència de Salut Pública, Barcelona. Web oficial de la USL: <http://www.aspb.es/quefem/usl.htm>
34. Cortes I, Fernández R. El sistema de vigilancia de trastornos de salud relacionados con el trabajo de Catalunya. *Arch Prev Riesgos Labor* 2010; 13 (2): pp.69-71.
35. Piñuel I. *La dimisión interior. Del síndrome postvocacional a los riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.
36. Hirigoyen MF. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós; 1999.
37. Piñuel I. *Mobbing: el psicoterror laboral*. Santander: Salterae; 2001.
38. Hirigoyen MF. *El acoso moral*. Barcelona: Paidós; 1999.
39. Hirigoyen MF. *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós; 2001.
40. Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail*. Paris: Éd. Du Seuil; 1996.
41. González de Rivera JL. *El maltrato psicológico. Como defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Madrid: Espasa-Calpe; 2002.
42. González de Rivera JL. La valoración médico-legal del mobbing o acoso laboral. *Psiquis*, 2003; 24 (39): pp.107-114.
43. Cortès I. et al. *Guia de bona praxi per a la vigilància de la salut mental relacionada amb els factors de risc psicosocial*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (en prensa).
44. 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/articulo/sociedad/85/empre sas/viola/ley/prevenir/violencia/laboral/elpepisoc/20110427elpepisoc_6/Tes
45. *V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 2008*. Accesible en: Url: www.oect.es/Observatorio/Contenidos/Indicadores/Indicadores/DocumentosENCT/Ficha%20t%C3%A9cnica_V%20ENCT.pdf
46. Tizón JL. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental I*. Valladolid: Editorial Herder; 1997.
47. Castillo CA. *Acerca de los determinantes sociales de la psicopatología: entre la sociología clínica y el psicoanálisis*. Ponencia en Congreso de Sociología. Pamplona, 1-3 julio 2010. Accesible en: URL: www.fes-web.org/archivos/congresos/congreso_10/grupos-trabajo/ponencias/128.pdf
48. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006; 20: pp.127-34.
49. Ortiz A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. pp. 313-323.
50. Artazcoz L, Cortes I, Bartoll X. El previsible impacto de la crisis económica sobre la salud pública. *Agència de Salut Pública de Barcelona*. Diciembre 2010, pp.81-89. Accesible en www.aspb.es/quefem/docs/Salut_bcn_2009.pdf
51. Ortiz A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar, *Revista Àtopos*, 2008, 7: pp.26-34.
52. Ortiz A, de la Mata I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Revista Àtopos*. 2004; 2: pp.15-22.

Contacto:

José Miguel Ribé Buitrón • Centro de Salud Mental de Adultos Sant Andreu.
Fundació Vidal i Barraquer (www.fvb.cat/) • C/ Sagrera 179, 1r. 08037 Barcelona.
Tel.: 93 340 86 54 • Fax: 93 349 54 98 • jribe80@hotmail.com

• Recibido: 27-7-11.