

# 6.1

## Riesgo Psicosocial

**Guía de buena praxis para la  
vigilancia de la salud mental  
relacionada con los factores  
de riesgo psicosocial**

**VERSIÓN COMPLETA**

## **Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial**

### **Coordinación**

Imma Cortès Franch. ASPB

### **Redacción**

Lucía Artazcoz Lazcano. ASPB

Imma Cortès Franch. ASPB

Arantza Igartua Somolinos. UPC

Elena Juanola Pagès. DT

Carmen Ladona Calvo. DT

Àlex Llonch García. DT

Antoni Malé Riba. DS

Albert Mariné Torrent. CSPT

Emilia Molinero Ruíz. ASPB

### **Traducción del catalán**

Agència de Salut Pública de Barcelona

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona

UPC: Universitat Politècnica de Barcelona

DT: Departament de Treball, Generalitat de Catalunya

DS: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

CSPT: Consorci Sanitari Parc Taulí

Las versiones completas y reducidas en catalán y castellano de esta Guía están disponibles en [http://canalsalut.gencat.cat/ca/home\\_professionals/temes\\_de\\_salut/salut\\_laboral/](http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_professionals/temes_de_salut/salut_laboral/)

Cita sugerida: Cortès Franch I, Artazcoz Lazcano L, Igartua Somolinos A, Juanola Pagès E, Ladona Calvo C, Llonch García A, Malé Riba A, Mariné Torrent A, Molinero Ruíz E. Guía de buena praxis para la vigilancia de la salud mental relacionada con los factores de riesgo psicosocial. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Barcelona; 2010.

La versión en catalán de esta Guía se publicó en 2010. La presente versión en castellano, publicada en 2015, se trata de una traducción sin actualización de contenidos.

## ÍNDICE

---

SUMARIO	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. La necesidad de una guía	6
1.2. Personas usuarias	7
1.3. Población diana	7
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.4.3. Preguntas abordadas en esta guía	7
2. DEFINICIÓN	8
2.1. Trastornos del humor (afectivos)	8
2.2. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	8
2.3. Agotamiento emocional o <i>burnout</i>	9
3. DETECCIÓN DE CASOS	10
3.1. Fuentes de casos	10
3.2. Identificación de casos	10
4. DIAGNÓSTICO MÉDICO	11
4.1. Instrumentos	11
4.1.1. Cuestionarios	11
4.1.2. Escalas	11
4.1.3. Entrevistas estructuradas	11
4.2. Procedimiento	12
4.3. Derivación y seguimiento	12
5. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	13
5.1. Demandas psicológicas	13
5.2. Control	13
5.3. Apoyo social	13
5.3.1. Acoso psicológico	13
5.3.2. Maltrato de la dirección	14
5.3.3. Agresión esporádica	14
5.3.4. Discriminación	14
5.4. Compensaciones	14
5.5. Trabajo emocional	14
6. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL	15
7. DIAGNÓSTICO DE LA RELACIÓN CON EL TRABAJO	16
8. PERSONAS ESPECIALMENTE SENSIBLES	17
9. PUNTOS CLAVE PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS	17
10. INTERVENCIÓN	19
10.1. Estrategias de intervención colectiva	19
10.2. Obstáculos para una intervención organizativa efectiva	20
10.3. Intervenciones individuales	21

11. ALGORITMO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA	22
12. PROCESO DE REALIZACIÓN DE LA GUÍA	23
12.1. Grupo de trabajo	23
12.2. Metodología de revisión y síntesis de la literatura biomédica	23
12.3. Niveles de evidencia científica	25
12.4. Proceso de participación	25
12.5. Revisión externa	26
12.6. Prueba piloto	26
12.7. Costes de aplicación	26
12.8. Difusión de la guía	27
12.9. Actualización	27
12.10. Evaluación de la implementación	27

## ANEXOS

### ANEXO a. Documentos de apoyo a las recomendaciones

1. CUESTIONARIO GHQ-12	29
2. CUESTIONARIO PRIME-MD	31
3. ENTREVISTA ESTRUCTURADA MINI	35
4. CUESTIONARIO MBI-GS	62
5. GUIÓN DE ENTREVISTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO LABORAL PSICOSOCIAL	64
6. VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO PSQ CAT21 COPSOQ	69
7. GUIÓN DE ENTREVISTA PARA LA EXPLORACIÓN DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	72
8. INTERVENCIONES ORGANIZATIVAS	73
9. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL	78

### ANEXO b. Documentos relacionados con el proceso de elaboración de la guía

10. EQUIPO DE TRABAJO DE LA GUÍA	81
11. RECOMENDACIONES A PARTIR DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DELPHI EN PROFESIONALES SANITARIOS DE MEDICINA DEL TRABAJO	82
12. PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA	83
13. CUESTIONARIO Y RESUMEN DE LA REVISIÓN EXTERNA	85
14. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO	87

BIBLIOGRAFÍA	88
--------------	----

## SUMARIO

---

Los problemas de salud mental se han convertido en una de las principales causas de morbilidad en el mundo. Los trastornos ansiosos y depresivos, frecuentemente presentados en cuadros mixtos, son los problemas psiquiátricos más comunes en la población general, y una proporción significativa han sido causados o agravados por las condiciones del trabajo, estando bien documentada la asociación entre los factores de riesgo psicosocial del trabajo y los trastornos ansiosos y depresivos.

Los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención desempeñan un papel clave en la prevención de los trastornos de salud mental relacionados con el trabajo, pero su actividad se ve limitada por diferentes factores, como la falta de protocolos de fácil utilización.

La finalidad de esta guía es ofrecer recomendaciones para la gestión de los trastornos de salud mental relacionados con los riesgos psicosociales del trabajo en la población ocupada, desde el ámbito sanitario de los Servicios de Prevención, con el objetivo principal de identificar precozmente los casos para establecer medidas que puedan prevenir otros trastornos nuevos y evitar la evolución de los existentes a estadios más avanzados de la enfermedad.

Las recomendaciones de la guía se han elaborado teniendo en cuenta el conocimiento científico disponible y las condiciones de práctica real donde debe ser aplicada, por lo que se llevó a cabo un proceso de participación entre los principales colectivos implicados: se realizó un estudio Delphi entre especialistas de medicina del trabajo de los Servicios de Prevención propios y ajenos; se organizó un grupo de discusión con delegados y delegadas de prevención y otro entre representantes de empresas, y también se realizaron entrevistas a personal técnico de prevención especialista en psicología, especialistas en medicina del trabajo y profesionales de la inspección médica y de trabajo.

Los problemas de salud que se han incluido son los trastornos del humor (afectivos), los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y el agotamiento emocional o burnout, mientras que los factores de riesgo son los que forman parte de los dos principales modelos psicosociales: demandas-control-apoyo y esfuerzo-compensaciones.

La guía aporta recomendaciones para la gestión de los casos desde la detección hasta la intervención preventiva. Así, se determinan las fuentes de casos, y se aportan recomendaciones para el cribado y diagnóstico de sospecha, para la identificación de los factores de riesgo psicosocial (con un apartado de puntos clave para facilitar su estudio), y para la determinación del nivel de relación con el trabajo y la derivación al sistema sanitario correspondiente. Finalmente, se aportan recomendaciones para orientar la intervención sobre las condiciones de trabajo y también a nivel individual.

Para facilitar la aplicación de las recomendaciones, se han resumido en un algoritmo que se incluye al final del texto, mientras que en los anexos se han incorporado todos los instrumentos de apoyo. También se ha resumido en un anexo las principales dificultades identificadas en el estudio Delphi que quedan fuera del alcance de la guía.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### 1.1. La necesidad de una guía

En 2001 había más de 450 millones de personas con trastornos de salud mental en todo el mundo; cuatro trastornos de salud mental estaban entre las diez primeras causas de incapacidad, y se estimaba que alrededor del 25% de las personas sufrirán un problema de salud mental a lo largo de su vida.<sup>1</sup> Los trastornos ansiosos y depresivos, frecuentemente presentados en cuadros mixtos, son los problemas psiquiátricos más comunes en la población general, y una proporción significativa han sido causados o agravados por las condiciones del trabajo.<sup>2</sup> Según la Encuesta de Salud de Catalunya de 2006, el 5,7% de los hombres ocupados y el 13,0% de las mujeres ocupadas estaban en riesgo de sufrir algún trastorno de salud mental.

Se ha documentado ampliamente la asociación entre los factores de riesgo psicosocial del trabajo y los trastornos ansiosos depresivos.<sup>3,4,5</sup> También existe la relación inversa: los problemas de salud mental suponen un impacto significativo sobre las empresas en términos de días de trabajo perdidos, incluso en los casos más leves,<sup>6</sup> y de bajo rendimiento en el trabajo.<sup>7</sup> En Finlandia, por ejemplo, los trastornos de salud mental son la primera causa de pensiones de incapacidad, fundamentalmente por el incremento de las depresiones.<sup>8</sup>

Los profesionales sanitarios de medicina del trabajo (PSMT) de los Servicios de Prevención (SP) cumplen una serie de requisitos que los hacen idóneos para tener un papel relevante en la gestión de las incapacidades temporales (IT) en general y de los trastornos de salud mental en particular.<sup>9</sup> En el abordaje de estos trastornos desde el ámbito laboral se identifican, sin embargo, algunas dificultades que limitan su efectividad. En un estudio basado en las opiniones de médicos y médicas de los SP, se señalaba como una de las principales dificultades para abordar los problemas de salud mental atribuidos al trabajo la falta de protocolos de fácil utilización. Entre los factores más importantes también se situaba la resistencia de la dirección para actuar sobre los factores de riesgo psicosocial. La dificultad para determinar el origen laboral del trastorno de salud mental ocupó el primer lugar entre los problemas identificados.<sup>10</sup>

Actualmente, los trastornos de salud mental de la población trabajadora, relacionados o no con las condiciones de trabajo, raramente se abordan desde los SP, sino que se atienden en la red de atención primaria y algunos en la red de salud mental especializada.<sup>11</sup> Una aproximación a la magnitud de los casos relacionados con el trabajo son las notificaciones de los profesionales de atención primaria a las Unidades de salud laboral (USL) de Catalunya, que entre 2001 y 2005 pasaron de 26 a 713 (2,8% y 34,0%, respectivamente, de todos los trastornos notificados).<sup>a</sup>

La coordinación entre los PSMT y los profesionales de la atención primaria puede mejorar el pronóstico de los trabajadores y trabajadoras con trastornos de salud mental en tanto que permitiría añadir al tratamiento médico la propuesta de intervención sobre las condiciones de trabajo.<sup>12</sup> Por otra parte, para mejorar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones, es necesaria la coordinación entre los responsables de la vigilancia de la salud y los de la prevención de riesgos laborales.

---

a Datos no publicados. Registro de enfermedades relacionadas con el trabajo, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

## 1.2. Personas usuarias

Esta guía se dirige a los PSMT que trabajan en los SP de las empresas. Aporta recomendaciones para la correcta gestión de los trastornos de salud mental relacionados con los riesgos psicosociales del trabajo, desde la detección y derivación asistencial hasta la propuesta de intervención preventiva sobre los factores de riesgo psicosocial del trabajo.

## 1.3. Población diana

La población diana de la guía es la de los trabajadores y trabajadoras con sospecha de trastorno de salud mental asociado a los factores de riesgo psicosocial y el personal expuesto a estos factores, así como las personas consideradas especialmente sensibles a los riesgos psicosociales del trabajo.

## 1.4. Objetivos

### 1.4.1. Objetivo general

La finalidad de esta guía es ofrecer recomendaciones para la gestión de los trastornos de salud mental relacionados con los riesgos psicosociales del trabajo en la población ocupada desde el ámbito sanitario de los SP, con el objetivo principal de identificar precozmente los casos para establecer medidas que puedan prevenir otros nuevos y evitar la evolución de los existentes a estadios más avanzados de la enfermedad. Además, pretende orientar en la actuación sobre los factores de riesgo psicosocial del trabajo en trabajadores y trabajadoras que padecen enfermedades no causadas por estos factores pero que los hacen más vulnerables.

### 1.4.2. Objetivos específicos

- Aportar recomendaciones para la detección precoz de los trastornos de salud mental en trabajadores y trabajadoras.
- Proporcionar directrices para la correcta gestión clínica de los trastornos de salud mental de los trabajadores y trabajadoras.
- Proporcionar recomendaciones para la identificación de los factores de riesgo psicosocial asociados a los trastornos de salud mental.
- Aportar recomendaciones para la intervención sobre los factores de riesgo psicosocial asociados a los trastornos de salud mental.

### 1.4.3. Preguntas abordadas en esta guía

- ¿Cuál es la definición de trastorno de salud mental que aborda la guía?
- ¿Cuáles son las fuentes de información para la detección de casos?
- ¿Cómo se diagnostican los trastornos de salud mental?
- ¿Cuáles son los trastornos de salud o estados fisiológicos que hacen a los trabajadores y trabajadoras más vulnerables a los factores de riesgo psicosocial?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo psicosocial que pueden causar trastornos de salud mental?
- ¿Cómo se identifican las causas de los trastornos de salud mental?
- ¿Cómo se sabe si un trastorno de salud mental es de causa laboral o extralaboral?
- ¿Qué alternativas existen para mejorar el entorno psicosocial del trabajo?
- ¿Cuál es el rol del personal sanitario de los SP en la implantación de medidas de intervención sobre el entorno psicosocial del trabajo?
- ¿Qué pacientes requieren ser derivados a la asistencia sanitaria?
- ¿Dónde se derivan los pacientes con trastornos de salud mental que requieren asistencia sanitaria?

## 2. DEFINICIÓN

---

Esta guía aborda los problemas de salud mental relacionados con las condiciones de trabajo más frecuentes: los trastornos ansiosos y depresivos, a menudo presentados de forma mixta.<sup>13</sup> Estos trastornos son también los más frecuentes en la población general, con estimaciones recientes en la población española de una prevalencia-vida de 9,3% en cuanto a los trastornos ansiosos y de 11,4% con respecto a los depresivos.<sup>14</sup> La selección de los diagnósticos incluidos se ha basado en una reciente revisión de estudios longitudinales que analizaban el entorno psicosocial del trabajo y la incidencia de trastornos mentales comunes,<sup>4</sup> a la que se han añadido algunos que el grupo de trabajo ha considerado de interés para las personas usuarias de esta guía. A continuación se definen de acuerdo con los criterios de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).<sup>15</sup>

### 2.1. Trastornos del humor (afectivos)

Son trastornos en los que la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante), o a la euforia. Los episodios depresivos se caracterizan por el hecho de que la persona que los padece presenta un bajo estado de ánimo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y disminución de la vitalidad, que conduce a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso después de un mínimo esfuerzo. También son manifestaciones de los episodios depresivos las alteraciones siguientes:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresión.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

Los episodios depresivos pueden ser de intensidad ligera, moderada o severa, y en muchas personas a menudo son recurrentes e incluso continuados.

Los grupos diagnósticos incluidos son los siguientes:

- F32: Episodio depresivo.
- F33: Trastorno depresivo recurrente.
- F34: Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F38: Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39: Trastorno del humor (afectivo) no especificado.

### 2.2. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

La experiencia de ansiedad conlleva una pérdida de control emocional brusca generalmente ante la exposición a una situación desencadenante, o bien instaurada ya de manera crónica, y que produce una vivencia de temor con una correlación neurofisiológica de angustia en forma de palpitaciones, sudoración y mareo. Las formas más leves de estos trastornos se ven en la asistencia primaria, en las que son frecuentes las mezclas de síntomas, con la coexistencia de angustia y depresión.

Dentro de este grupo hay que destacar los trastornos adaptativos, y los trastornos por estrés agudo y postraumático.



Todos tienen como antecedente inmediato un acontecimiento biográfico estresante. Este evento o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, sin el cual no se habría producido el trastorno. En el trastorno adaptativo, el tipo de estresor es de naturaleza común, sin una gravedad extrema o catastrófica, y los síntomas no suelen durar más de seis meses. En cambio, los trastornos por estrés se asocian a situaciones que sobrepasan la experiencia humana normal o implican amenazas para la integridad física; en este caso, la persona puede reaccionar con horror y desesperanza intensos, apareciendo después una reexperimentación del acontecimiento junto con una intensa angustia y una conducta de evitación de cualquier estímulo que se le asocie. Se trata de trastornos severos que requieren ayuda urgente e intensiva. Se habla de estrés agudo cuando la duración es inferior a un mes y de estrés postraumático cuando se alarga más allá de este periodo.

Los grupos diagnósticos incluidos son los siguientes:

- F40: Trastornos fóbicos de ansiedad.
- F41: Otros trastornos de ansiedad.
- F42: Trastorno obsesivo compulsivo.
- F43: Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación.
- F44: Trastornos disociativos (de conversión).
- F45: Trastornos somatomorfos.
- F48: Otros trastornos neuróticos.

### 2.3. Agotamiento emocional o *burnout*

Aunque no está reconocido como un trastorno psicopatológico dentro de las clasificaciones diagnósticas vigentes, se ha considerado pertinente tomarlo en consideración. Si bien está emparentado con los trastornos depresivos y con los adaptativos, tiene unas características propias y especialmente ligadas a la distorsión del ejercicio laboral, con una incidencia elevada en muchos ámbitos, sobre todo los vinculados al trato con personas.<sup>16</sup>

El burnout es un estado mental persistente y negativo, relacionado con el trabajo, que se caracteriza primariamente por agotamiento, acompañado de distrés (*distress*), sentido de efectividad reducida, disminución de la motivación y desarrollo de actitudes y comportamientos disfuncionales en el trabajo. Esta condición psicológica se desarrolla gradualmente y puede quedar inapreciada durante mucho tiempo. Resulta del desajuste entre las expectativas que tiene la persona y la realidad del trabajo.<sup>17</sup> Las dimensiones básicas del síndrome<sup>18</sup> son agotamiento, cinismo (se refiere a una actitud distante frente al trabajo y las personas que son objeto de él, así como a los compañeros y compañeras de trabajo) e ineficacia profesional.

Para facilitar la consulta de la guía se describe el proceso de elaboración (apartado 12), donde se detallan los niveles de evidencia en que se fundamentan las recomendaciones, después de éstas. El significado de los acrónimos que se encuentran en el margen derecho de las recomendaciones es el siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| • Revisión sistemática <b>(RS)</b>                        | • Programas de instituciones de referencia en salud laboral <b>(PIRSL)</b> |
| • Revisión no sistemática <b>(RNS)</b>                    | • Experiencia del grupo de trabajo <b>(EGT)</b>                            |
| • Estudios de cohortes <b>(EC)</b>                        | • Consulta a expertos <b>(CE)</b>  |
| • Estudios cualitativos <b>(EQ)</b>                       | • Proceso de participación <b>(PP)</b>                                     |
| • Estudios de validez en población española <b>(EVPE)</b> | • Normativa legal <b>(NL)</b>  |

### 3. DETECCIÓN DE CASOS

---

#### 3.1. Fuentes de casos

3.1.1. Contacto directo del trabajador o trabajadora con el personal sanitario de los SP. **En este sentido, se recomienda establecer un circuito de consultas médicas para aquellos trabajadores y trabajadoras con sospecha de trastorno ansioso, depresivo o mixto que consideren que está relacionado con las condiciones de trabajo.**

EGT

3.1.2. Delegados y delegadas de prevención. En algunos casos los trabajadores y trabajadoras con un problema de salud mental establecen un primer contacto con sus representantes, que a su vez los pueden poner en contacto con el personal sanitario de los SP.

3.1.3. Cribado en los exámenes de salud periódicos. **Se recomienda administrar el General Health Questionnaire de 12 ítems (GHQ-12) (anexo 1) para la identificación de casos con sospecha de trastorno mental en el curso de la vigilancia de la salud.** Las puntuaciones superiores a 2 indican la existencia de un posible trastorno de naturaleza ansiosa, depresiva o mixta.<sup>19, 20</sup>

RNS  
CE  
EGT

3.1.4. Personal técnico de los SP especialista en psicología, que puede identificar puestos de trabajo expuestos a riesgos psicosociales a partir de la evaluación de riesgos, del seguimiento y de la observación técnica, así como de la información proporcionada por los mismos trabajadores o trabajadoras. **En este caso se recomienda que el PSMT proponga al trabajador o trabajadora que responda al GHQ-12.**

RNS  
CE  
EGT

**Esta recomendación también se propone en el caso de que no se disponga de una evaluación de riesgos psicosociales en personas que ocupan puestos de trabajo con probable exposición, como trabajo de cara al público, trabajo en cadena o puestos afectados por reorganizaciones importantes.**

EGT

#### 3.2. Identificación de casos

El objetivo principal de la vigilancia de los trastornos de salud mental es realizar un diagnóstico precoz, ya que mejora el pronóstico de la enfermedad, permite un tratamiento médico y una intervención preventiva en las primeras fases del trastorno, y evita que evolucione a estadios más avanzados. Las situaciones siguientes son los puntos de partida para la orientación diagnóstica del caso; **en ambas, el PSMT procederá según las recomendaciones del apartado 4.2:**

- Cuando un trabajador o trabajadora (bien directamente, bien a través de alguna otra persona) consulte al PSMT por la sospecha de un trastorno de salud mental relacionado con el trabajo (puntos 3.1.1 y 3.1.2).
- Cuando un trabajador o trabajadora haya dado un resultado positivo en el GHQ-12, bien en el cribado de sospecha de trastorno de salud mental en el examen de salud periódico (punto 3.1.3), bien después de la identificación de un puesto de trabajo expuesto a riesgos psicosociales (punto 3.1.4).

## 4. DIAGNÓSTICO MÉDICO

---

### 4.1. Instrumentos

Una entrevista realizada por un profesional experimentado es el instrumento más idóneo para diagnosticar patología mental. La entrevista debe cumplir tres tipos de requisitos:

- **Contextuales:** tiempo suficiente, inexistencia de interrupciones, espacio adecuado.
- **Relacionales:** control de las propias emociones por parte del entrevistador, empatía y cuidado hacia la otra persona.
- **De contenido:** exploración sistemática de los síntomas psicopatológicos y categorización en un tipo de trastorno mental, anamnesis de antecedentes de trastorno mental, junto con valoración de factores de estrés pasados y actuales y del contexto de convivencia y apoyo social de la persona.

La utilización de instrumentos específicos como las entrevistas estructuradas o los cuestionarios tiene por objetivo servir de apoyo al personal clínico en el proceso de diagnóstico y seguimiento, así como la estandarización de procedimientos para la evaluación de la calidad y la investigación. Estos instrumentos deben tener un grado de validez adecuado, y por lo tanto deben ser suficientemente sensibles y específicos.

Se pueden dividir en:

#### 4.1.1. Cuestionarios

- **Generales:** son los utilizados para realizar un cribado de problema mental sin determinar el tipo concreto de trastorno. En este apartado se sitúa el General Health Questionnaire, en las versiones de 12 y 28 ítems, ampliamente utilizado en el ámbito laboral.<sup>21</sup> Los estudios de validez del GHQ-12 y la adaptación española del cuestionario<sup>22</sup> dieron resultados de sensibilidad entre el 80% y el 85%, una especificidad entre el 79% y el 91% y un porcentaje de mala clasificación entre el 10% y el 20%.
- **Específicos:** cuando están dirigidos a la detección y evaluación del tipo de trastorno mental. Los más utilizados en los últimos años han sido el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)<sup>23</sup> y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

#### 4.1.2. Escalas

Sirven para determinar el grado de afectación de un determinado trastorno, como por ejemplo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para la valoración del grado de ansiedad, las escalas de Beck o de Hamilton para la depresión y el Maslach Burnout Inventory (MBI)<sup>24</sup> para el burnout.

#### 4.1.3. Entrevistas estructuradas

Son guiones de entrevista estrictamente pautados con una secuencia definida que conduce al establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico. Para la práctica clínica diaria conviene que no sean complejas y no requieran un grado de experiencia y, por lo tanto, de entrenamiento considerable. Las más utilizadas son la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Ambas permiten, siguiendo el guión, obtener diagnósticos de los principales trastornos psiquiátricos de ICD-10 y DSM-IV. La ventaja de la MINI es que está pensada para profesionales no especialistas en salud mental, requiere menos entrenamiento (puede ser utilizada después de una breve sesión) y menos tiempo de administración (una media de quince minutos), pero es igualmente válida y fiable.<sup>25, 26</sup>

## 4.2. Procedimiento

Atendiendo las necesidades de los médicos y médicas del trabajo, que en parte son asimilables a las de asistencia primaria, para profundizar en el diagnóstico psicopatológico se hacen las siguientes recomendaciones:

CE  
EGT  
EVPE

- **Formación para la realización de una adecuada exploración psicopatológica y en técnica de entrevista.**
- **Utilización del cuestionario PRIME-MD (anexo 2) o entrevista estructurada MINI (anexo 3). Se recomienda que estos instrumentos no se utilicen en el primer contacto con un trabajador o trabajadora, ya que al ser completamente cerrados e inquirir sobre síntomas relativos a patologías severas, podrían ser vividos como demasiado rígidos e intrusivos, y dañar el establecimiento de una relación de confianza. La entrevista MINI puede ser de utilidad para el médico o médica como apoyo y recordatorio en una entrevista abierta.**
- **En caso de sospecha de burnout aplicación del MBI-GS (anexo 4).**

## 4.3. Derivación y seguimiento

Cuando se establezca un diagnóstico de trastorno de salud mental, se debe derivar el caso al sistema sanitario correspondiente, que se hará cargo del proceso clínico y de la incapacidad laboral, en caso de ser necesaria. Según el resultado del diagnóstico de la relación del trastorno de salud con el trabajo (véase apartado 7), la derivación se debe hacer a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) (cuando se trate de un accidente de trabajo) o al Sistema Público de Salud (SPS).

EGT  
NL

En caso de que la persona afectada continúe trabajando, se recomienda que, además de la derivación al sistema sanitario correspondiente, el PSMT haga el seguimiento.

PP

En los casos no relacionados con el trabajo, se recomienda que se propongan las medidas preventivas necesarias para evitar el agravamiento del estado de salud.<sup>61, 62</sup>

RS  
PIRSL

Cuando el resultado de la aplicación del GHQ-12 sea positivo y no se llegue a un diagnóstico de trastorno de salud mental, se recomienda que se haga un seguimiento de la persona afectada con la periodicidad que decida el PSMT, dejando abierta la posibilidad de una consulta espontánea según la evolución del proceso. Como exploración de la presencia de factores laborales, se recomienda que el sondeo se haga con una pregunta genérica (por ejemplo «¿Tienes algún problema en el trabajo?»). En caso de sospecha de presencia de algún factor de riesgo laboral, se informará al personal técnico de prevención.

EGT

En los casos de reincorporación al puesto de trabajo después de un período largo de ausencia por un trastorno de salud mental, el PSMT debe evaluar el estado de salud mental de la persona con el fin de proponer las medidas preventivas necesarias.

NL

Siempre que el trabajador o trabajadora reciba atención de algún otro personal sanitario (de medicina general, psiquiatría, psicología...), se recomienda que el PSMT se ponga en contacto con éste, con el consentimiento del paciente. Se ha señalado que la comunicación con los profesionales de la atención primaria beneficia a los pacientes y evita conflictos entre los consejos que puedan darse desde los dos ámbitos,<sup>27</sup> mejora el tratamiento y también las estrategias de retorno al trabajo después de bajas prolongadas.<sup>28</sup>

EC  
PP  
EGT

## 5. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

---

Los cambios en la organización del trabajo, especialmente las formas más flexibles de organización de la jornada laboral y una gestión de los recursos humanos más individualizada y orientada a aumentar el rendimiento, tienen una profunda incidencia sobre la salud laboral y el bienestar en el trabajo.

En este sentido, se observa que las enfermedades consideradas emergentes, como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la exposición a violencia en el trabajo, acoso e intimidación, son responsables del 18% de los problemas de salud asociados al trabajo, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral. La aparición de estos problemas no se debe a la exposición a un único riesgo, sino a un conjunto de factores que deben inscribirse dentro de un contexto global que la OIT define como bienestar en el trabajo.<sup>29</sup>

Los principales factores de riesgo psicosocial relacionados con los trastornos de salud mental están incluidos en los modelos demandas-control-apoyo y esfuerzo-compensaciones.<sup>30, 31, 32</sup>

Son los siguientes:

### 5.1. Demandas psicológicas

Las demandas psicológicas del trabajo se refieren fundamentalmente al volumen de trabajo, la presión de tiempo y las interrupciones.

### 5.2. Control

El control sobre el trabajo se entiende como autonomía sobre el contenido del trabajo, oportunidad de desarrollar las propias habilidades y participación en las decisiones de la unidad de trabajo.

### 5.3. Apoyo social

Se refiere al apoyo de compañeros, compañeras y superiores. Se debe tener en cuenta tanto el apoyo emocional como el operativo. En relación con este último aspecto, es importante tener en cuenta la falta de una gestión con directrices claras y responsabilidades definidas.<sup>33</sup> Las conductas hostiles en el entorno laboral pueden ser interpretadas como una situación extrema de falta de apoyo social; Hirigoyen<sup>34</sup> clasifica estas conductas en tres grupos:

#### 5.3.1. Acoso psicológico

Heinz Leymann<sup>35</sup> lo define como un comportamiento hostil y no ético, por parte de un individuo o más, dirigido de manera sistemática hacia otra persona, que es empujada a una situación de impotencia e indefensión en la que se mantiene por la persistencia de este comportamiento. A menudo, si las acciones hostiles se consideran de forma separada, no parecen realmente graves: es el efecto acumulativo de microtraumatismos frecuentes y repetidos lo que constituye la agresión destructiva; en otras ocasiones, las acciones son muy evidentes, con actos de violencia explícita. Se han identificado tres tipos de factores implicados en la base de las situaciones de acoso: la organización del trabajo, la mala gestión de conflictos por parte de los superiores y el estilo cultural de la empresa.<sup>36</sup> Pueden darse por separado o coexistir. En el anexo 5 (apartado 5.3.2.1) se incluye el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT),<sup>37</sup> con 45 posibles acciones hostiles.

### 5.3.2. Maltrato de la dirección

Conducta tiránica de los superiores jerárquicos que consiste en someter a su equipo de trabajo a mucha presión, tratando al personal subordinado con violencia y sin ningún tipo de respeto. A diferencia del acoso psicológico, el maltrato de la dirección se caracteriza por ser un comportamiento visible y por ser todo el equipo de trabajo el que recibe el mismo maltrato. Si cada uno es agredido de manera diferente, en su aspecto más vulnerable, se pasa del maltrato al acoso.

### 5.3.3. Agresión esporádica

Se trata de una acción violenta caracterizada por el hecho de no ser premeditada.

### 5.3.4. Discriminación

Una última situación en el contexto de la falta de apoyo social es la discriminación, que puede estar basada en el sexo, la edad, la procedencia o cualquier otra característica. Se puede manifestar de forma activa (insultos o agresiones) o pasiva, negando, por ejemplo, un puesto de trabajo a una persona aunque tenga la calificación necesaria.<sup>38</sup>

Es importante diferenciar las conductas hostiles de otras situaciones que pueden darse en el ámbito laboral, como los conflictos interpersonales, que, a diferencia de las primeras, se caracterizan por la posición simétrica de las dos partes, en el sentido de que cada una reconoce la otra como interlocutor, se habla del tema abiertamente y cada una defiende una posición, y ambas partes pueden utilizar las herramientas que tienen a su alcance para resolver la situación a su favor. Sin embargo, algunos autores consideran los conflictos no resueltos como precursores del acoso psicológico, y resolverlos, una actividad preventiva.<sup>35</sup> También hay que tener presente que hay otros riesgos que no son psicosociales que pueden estar relacionados con la salud mental, como el deterioro de las condiciones del local o de los equipos de trabajo. Finalmente, puede haber motivaciones personales fuera del ámbito de la salud laboral. En este sentido, hay que estar alerta a los posibles falsos casos de acoso, cuando la persona que se presenta como víctima es la que en realidad actúa como acosadora.<sup>34</sup>

## 5.4. Compensaciones

La falta de compensaciones del trabajo se entiende como la ausencia de reconocimiento y valoración del trabajo, un salario inadecuado al esfuerzo y la falta de control de estatus (inestabilidad laboral, cambios no deseados, una cualificación superior a la del puesto de trabajo y falta de perspectivas de promoción).

## 5.5. Trabajo emocional

Se refiere al esfuerzo emocional que requiere el trabajo de cara al público<sup>39</sup> y que representa un riesgo sobre todo cuando los sentimientos del trabajador o trabajadora son discordantes con la expresión que debe mantener para los requerimientos del puesto de trabajo, pero que no puede sentir realmente.<sup>40</sup>

## 6. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Los factores de riesgo que se han incluido en esta guía son los seleccionados en el metanálisis de estudios prospectivos más reciente respecto a la relación entre trastornos de salud mental y riesgos psicosociales. También se han incluido otros que la misma revisión excluyó, dados los restrictivos criterios de inclusión, pero que los autores identificaban como bien establecidos en la literatura científica.<sup>4</sup>

Los instrumentos más utilizados para identificar y medir los riesgos psicosociales son los cuestionarios autocontestados que incluyen diversas escalas, diseñados fundamentalmente para ser utilizados de manera colectiva. En una revisión reciente de estos instrumentos, los autores concluían que según la evidencia disponible no era posible recomendar una sola de las medidas existentes.<sup>41</sup> Más recientemente, el Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya elaboró un manual de identificación y evaluación de riesgos laborales<sup>42</sup> con el objetivo de orientar y ayudar a que la identificación de los factores de riesgo sea tan exhaustiva como sea posible, y recomienda, específicamente, la utilización del Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (PSQ CAT21 COPSOQ, que es la adaptación para el Estado español<sup>44</sup> del Cuestionario Psicosocial de Copenhague «COPSOQ») para la evaluación e intervención preventiva ante este riesgo. El marco conceptual del cuestionario es congruente con el utilizado en esta guía.

Teniendo en cuenta el ámbito de aplicación de esta guía, la vigilancia individual de la salud en el contexto de una visita médica, **se propone un guión de entrevista semiestructurada que oriente el diagnóstico etiológico y la identificación de los factores asociados al trastorno de salud (véase el anexo 5)**. Por este motivo, se ha optado por traducir y adaptar el modelo «The Management Standards for Work-related Stress» (MSWRS), del Health and Safety Executive (HSE) británico,<sup>43</sup> incorporando algunos aspectos relevantes de los que se dispone de algún referente en catalán<sup>44</sup> o castellano.<sup>45, 46</sup> Este modelo se centra en seis áreas que, a grandes rasgos, son coherentes con los dos modelos de riesgo psicosocial en los que se basa esta guía: demandas, control, apoyo, relaciones, cambio y roles. El concepto de rol se puede traducir a los riesgos psicosociales aquí considerados: la ambigüedad de rol (el trabajador o trabajadora no tiene claras sus funciones ni su grado de responsabilidad) se relaciona con el control sobre el trabajo, y el conflicto de rol (la persona recibe demandas incompatibles u órdenes contradictorias de diferentes superiores), con las demandas psicológicas.<sup>30</sup> Por otra parte, lo que los autores denominan apoyo se refiere al apoyo operativo, y el concepto de relaciones va ligado con el apoyo emocional. A fin de mantener la coherencia a lo largo de la guía, se utilizan los términos apoyo operativo y apoyo emocional. Las seis áreas básicas se han complementado con otros riesgos relevantes identificados en la revisión bibliográfica.<sup>4</sup>

El objetivo del MSWRS es reducir los niveles de estrés en los centros de trabajo, por lo que tiene una orientación eminentemente práctica que relaciona estrechamente el estudio de los casos con la intervención preventiva. Para mantener la coherencia de la guía, además de este apartado, también se ha adaptado el de intervenciones colectivas (véanse los apartados 10.1 y 10.2 y el anexo 8).

**Como instrumento alternativo a la entrevista se propone la versión reducida del cuestionario PSQ CAT21 COPSOQ (véase el anexo 6).**

PIRSL  
EGT

PIRSL  
EVPE

## 7. DIAGNÓSTICO DE LA RELACIÓN CON EL TRABAJO

Actualmente no existe un amplio consenso respecto al reconocimiento de las enfermedades mentales originadas por el trabajo.<sup>47</sup> Esto se debe a varios motivos, uno de ellos es la naturaleza multifactorial de los trastornos mentales, que se contraponen a la necesidad de demostrar la relación causal entre el trabajo y el problema de salud. Para el estudio del caso, pues, se ha de analizar la implicación de los factores laborales y extralaborales que pueden causar o agravar el trastorno,<sup>48</sup> y para determinar el origen laboral hay que mostrar una correlación entre la situación estresante y el desarrollo de la enfermedad, de manera que se pueda concluir que el cuadro ha sido causado por factores exógenos a la persona y que ha tenido efectos persistentes sobre su estado de salud.<sup>47</sup>

**Para llevar a cabo este análisis se propone valorar el impacto de posibles factores no laborales, por lo que el PSMT utilizará dos sistemas complementarios:**

EGT

- **Valorar el impacto en el trastorno de salud de factores extralaborales mediante escalas de acontecimientos vitales estresantes.** Estas escalas miden la intensidad y duración de la adaptación a los cambios en el patrón habitual de vida de los individuos, causados por varios hechos relevantes relacionados con trastornos de salud mental.<sup>49</sup> Habitualmente se establece un punto de corte en la puntuación que indica que los sucesos ocurridos son suficientes para ser causa de estrés. Aunque han sido descritas diferentes limitaciones de estos instrumentos (no se considera la percepción de la persona, el efecto de los eventos incluidos puede variar con el tiempo y el entorno cultural, etc.), se considera que son más fáciles de usar que las entrevistas semiestructuradas, que requieren más tiempo y más formación por parte de la persona entrevistadora.<sup>50, 51</sup> La mayor parte de las numerosas escalas que existen<sup>52, 53, 54</sup> son adaptaciones de la original de Holmes y Rahe,<sup>55</sup> con una gran variabilidad en el número y tipo de eventos que incluyen. Algunos estudios han utilizado solamente los ítems de puntuación más alta, los de mayor probabilidad de estar incluidos en la mayoría de escalas.<sup>56, 57</sup> **Para los objetivos de esta guía se recomienda utilizar los veinte primeros ítems del cuestionario clásico de Rahe y Holmes sin definir un punto de corte, sino como un guión de entrevista para explorar la ocurrencia de sucesos durante los últimos doce meses (véase en el anexo 7 la escala con los cuatro ítems laborales excluidos).**

EGT

RS  
EVPE  
EGT

- **Considerar si, en ausencia de la exposición ocupacional, habría habido o no una diferencia significativa en la salud mental del trabajador o trabajadora,<sup>58</sup> por lo que hay que tener en cuenta la frecuencia, intensidad y duración de la exposición laboral.**

EQ  
EGT

**Tras valorar los factores laborales implicados y su impacto en el trastorno de salud mental, en función de los resultados de los dos puntos anteriores, el PSMT procederá de la siguiente manera:**

NL



**7.1. Los factores laborales son decisivos o esenciales como causa o agravamiento del trastorno de salud mental: debe considerarse un accidente de trabajo<sup>b, 59</sup> y tiene que derivarse a la mutua correspondiente.**

**7.2. Los factores laborales participan de manera no decisiva o no esencial en la causa o agravamiento del trastorno de salud mental junto con otros factores: debe considerarse una enfermedad relacionada con el trabajo<sup>c, 60</sup> (enfermedad común a efectos de contingencia profesional) y se tiene que derivar al SPS.**

**7.3. No se identifican factores laborales como causa o agravamiento del trastorno de salud mental: debe considerarse una enfermedad común y se tiene que derivar al SPS.**

**En todos los casos, el PSMT debe coordinarse con el personal técnico de prevención (específicamente, especialistas en psicología) para llevar a cabo los cambios necesarios para prevenir nuevos casos y evitar el agravamiento de los identificados.**

## 8. PERSONAS ESPECIALMENTE SENSIBLES

Las recomendaciones de la guía también incluyen la intervención sobre las condiciones del trabajo en los casos de trabajadores y trabajadoras especialmente sensibles a los riesgos psicosociales.<sup>d</sup> **En relación con la exposición a entornos de trabajo estresantes, se consideran personas especialmente sensibles las siguientes:**<sup>61, 62</sup>

- **Personas con antecedentes de patología psiquiátrica severa (psicosis, trastornos de personalidad, depresión endógena o trastorno bipolar (maníaco-depresivo) siempre que estén diagnosticadas por un especialista).**
- **Personas con alteraciones sensoriales.**
- **Personas con patologías crónicas que puedan presentar episodios de reagudización o descompensación en situaciones de estrés.**<sup>63, 64, 65, 66</sup>

RS
PIRSL

## 9. PUNTOS CLAVE PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS

**9.1. El PSMT debe coordinarse con el personal técnico de prevención, especialmente con los especialistas en psicología.** En un reciente documento de consenso<sup>67</sup> se resumía esta coordinación en los puntos siguientes:

PP
NL
EQ
EGT

b España es uno de los países en los que el reconocimiento de una enfermedad como profesional está basado en un listado. El Real Decreto 1299/2006, que modifica el cuadro del Real Decreto 1995/1978, siguiendo la Recomendación 2003/670 / CE, de 19 de septiembre, de la Comisión Europea, no incluye los trastornos de salud mental, que pueden ser reconocidos como accidente de trabajo, con los efectos compensatorios consiguientes.

c La OMS define las enfermedades relacionadas con el trabajo como trastorno de salud en el que los riesgos laborales actúan como uno de los factores causales de manera significativa, junto con otros externos al trabajo o bien otros hereditarios.

d De acuerdo con el artículo 25 de la Ley de prevención de riesgos laborales, que establece la protección de los trabajadores o trabajadoras especialmente sensibles: «El empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin, deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias».

- El PSMT debe llevar a cabo la asistencia sanitaria del trabajador o trabajadora que manifieste un trastorno de salud mental relacionado con el trabajo. En esta relación médico-paciente es absolutamente necesario garantizar la confidencialidad. La autorización de la persona trabajadora (véase el punto 8.5) facilita la tarea de intervención, ya que permite compartir la información con el personal técnico del SP, que está igualmente sometido a la obligación de respetar la confidencialidad. El PSMT también debe realizar el seguimiento y la valoración posterior del caso, y comprobar que las medidas de intervención han mejorado la sintomatología del paciente.
- En el estudio de las características del puesto de trabajo relacionadas con el caso, es necesario un intercambio de información y una actuación conjunta y coordinada en todo momento entre el PSMT y el técnico o técnica en psicología: en primer lugar, para confirmar la relación con el trabajo, y, en segundo lugar “y muy importante”, porque las medidas de intervención propuestas por el técnico o técnica deben mejorar la sintomatología del paciente.
- El especialista en psicología debe hacer la valoración del puesto de trabajo identificando los factores de exposición que han desencadenado el trastorno de salud y proponiendo las medidas que crea necesarias para conseguir mejorar las condiciones de trabajo y el cuadro clínico del paciente, mejoras que deben ser comunicadas por el PSMT que realiza la vigilancia de la salud al especialista de prevención.

**9.2. Es recomendable establecer procedimientos internos escritos que incluyan la coordinación de los profesionales de todos los ámbitos implicados no solamente en el estudio de los casos, sino en la gestión de todo el proceso (Unidad Básica de Salud, Recursos Humanos, SP, etc.).<sup>e</sup>**

PP
EGT

**9.3. Fuentes de información para el estudio del caso:**

- Trabajadora o trabajador afectado.
- Evaluación de riesgos psicosociales.
- Observación directa.
- Personal técnico de prevención.
- Agentes internos que puedan aportar información: superiores, compañeros, cargos representativos de la dirección y representantes de los trabajadores.<sup>47</sup>

**9.4. A quién se debe consultar:<sup>68</sup>**

Dependiendo de las circunstancias puede ser necesario que participen otras personas. Por ejemplo, si el riesgo más importante es la presión de tiempo, puede ser suficiente involucrar a la persona afectada y su línea de mando (o el jefe superior si el problema es con el jefe inmediato) o, adicionalmente, un representante del trabajador o trabajadora si es aceptado por ambas partes. **Es muy recomendable la consulta con el sanitario o sanitaria que atiende el problema de salud (de medicina general, psiquiatría, psicología, etc.), con el consentimiento del paciente.** El personal de Recursos Humanos puede ser otro agente de interés.

EC
PP
EGT

<sup>e</sup> La falta de estos procedimientos fue identificada en el estudio Delphi llevado a cabo entre el PSMT como una de las limitaciones principales de la vigilancia de los trastornos de salud mental.

En todo caso, todos los agentes relevantes deben trabajar conjuntamente para alcanzar los siguientes objetivos:

- Entender la situación, incluyendo las causas y posibles soluciones.
- Proporcionar apoyo a la persona afectada.
- Desarrollar un plan para intervenir sobre las causas que sea aceptable para todos, particularmente para la persona afectada y su línea de mando.
- Determinar si hay otros compañeros o compañeras con problemas similares y si es necesaria una intervención organizacional.

**9.5. Se recomienda obtener el consentimiento del trabajador o trabajadora antes de investigar el caso en profundidad,** dado que en muchos casos la exposición puede estar relacionada con los superiores y compañeros o compañeras.<sup>58</sup>

PIRSL  
EGT

**9.6. En el caso de sospecha de conducta hostil, es recomendable contar con alguna estructura específica (comisión de ética o similar), con representación de los diferentes estamentos implicados, que decida las acciones a llevar a cabo.<sup>69, 70</sup> También es útil la elaboración de un protocolo específico de detección, gestión y prevención de estas conductas.<sup>71, 72, 3</sup>**

PIRSL  
EGT

**9.7. Otros recursos para gestionar los casos son la presencia de un mediador o mediadora<sup>74</sup> y la organización de grupos de discusión;** ambos recursos pueden ser útiles tanto para el análisis del caso como para la búsqueda e implementación de medidas preventivas (véase el último párrafo del punto 9.1).

PIRSL  
EGT

**9.8. Es recomendable elaborar un informe del estudio del caso con conclusiones y recomendaciones. Este informe puede ser útil para los agentes internos implicados y también para otros agentes externos como el SPS, las USL, el Institut Català d’Avaluacions Mèdiques (ICAM) o la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS).**

PP

**9.9. La empresa debe garantizar que se mantendrá la autonomía, la capacidad de decisión y el respeto de las decisiones del PSMT.**

PIRSL  
PP  
EGT

## 10. INTERVENCIÓN

---

Ante un caso de problema ansioso depresivo relacionado con el trabajo, el profesional sanitario debe proponer medidas correctoras dirigidas tanto a la persona afectada como al entorno del trabajo. Estos dos niveles de intervención no son alternativos, sino complementarios, aunque habitualmente las actuaciones se han limitado a las medidas individuales. Se ha señalado, sin embargo, que si la intervención actúa solamente en este nivel mientras persisten las condiciones de trabajo que han causado el trastorno de salud, lo más probable es que después de una mejora temporal se vuelva a presentar el problema.<sup>75</sup> En el mismo sentido, las conclusiones de la Semana Europea de la Salud y Seguridad en el Trabajo de 2002<sup>84</sup> indicaban que el éxito de las medidas preventivas requiere el abordaje de la organización laboral y las condiciones de trabajo.

## 10.1. Estrategias de intervención colectiva

Las intervenciones psicosociales se pueden dividir en dos niveles de actuación:<sup>84, 85</sup>

- **Intervenciones políticas y legislativas:** estas intervenciones recogen, entre otras, todas las medidas destinadas a regular la jornada laboral, las horas extras, el salario mínimo interprofesional, las coberturas de la Seguridad Social, etc.
- **Intervenciones organizativas:** centradas en el entorno propio de trabajo y que algunos autores clasifican en dos niveles: intervenciones centradas en la política empresarial e intervenciones centradas en la mejora de las condiciones de trabajo. De la revisión bibliográfica realizada se puede concluir que las intervenciones más evaluadas son las individuales, y que las dirigidas a la organización del trabajo tienen el potencial de mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores y trabajadoras, si bien es cierto que los estudios muestran que estas intervenciones tienen efectos más positivos a corto plazo que a largo plazo.<sup>76, 77, 78</sup>

En todo caso, las intervenciones deben estar integradas y combinar medidas centradas en la persona y medidas centradas en el puesto de trabajo. Un elemento fundamental para obtener resultados favorables es incrementar la participación de los trabajadores y las trabajadoras en los programas de intervención.<sup>7, 80</sup>

*Los elementos clave para la prevención de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo pueden deducirse de los dos modelos conceptuales en que se basa esta guía. Para ofrecer alternativas de actuación, tal como se comentaba en el apartado de identificación de riesgos, se ha optado por traducir y adaptar las indicaciones del programa «The Management Standards for Work-related Stress», del HSE británico.<sup>43</sup> Se adjuntan en el anexo 8.*

PIRSL

*La actuación del profesional sanitario en este ámbito debe estar estrechamente ligada a la del personal técnico de prevención. Dependiendo de la naturaleza del factor de riesgo psicosocial y para que las soluciones propuestas sean efectivas, puede ser muy útil considerar la formación de un círculo de salud con un grupo de trabajadores y trabajadoras del mismo puesto de trabajo que la persona afectada que, en una o dos reuniones de noventa minutos, dinamizadas por un técnico o técnica de prevención, el profesional sanitario o una persona externa, identifique de manera muy concreta los problemas del puesto de trabajo (normalmente hay más de un factor de riesgo implicado en el trastorno de salud mental) y las soluciones concretas.<sup>81</sup>*

PIRSL  
EGT

## 10.2. Obstáculos para una intervención organizativa efectiva

Karasek<sup>82</sup> señala los siguientes factores como obstáculos para una intervención efectiva sobre los factores de riesgo psicosocial del trabajo:

- Adoptar medidas que desvían la atención de las condiciones de trabajo difíciles, con las que se pretende tratar sólo los síntomas.
- Adoptar medidas exclusivamente técnicas impuestas desde la jerarquía. Las soluciones a los problemas pueden ser tratados en grupos de discusión, tal como se ha mencionado antes.<sup>83</sup>
- Casos en los que la dirección mantiene el control constante del diálogo.
- No entender la necesidad de adecuar las actuaciones a las condiciones particulares de la empresa. Debe quedar claro que no hay soluciones estándar, no hay recetas, y que las soluciones deben responder a los problemas concretos.
- Falta de participación de algunos niveles directivos.

Además, se han señalado dos factores importantes más a tener en cuenta para que las intervenciones preventivas tengan éxito:<sup>83</sup>

- Importancia de la utilización de diferentes métodos de evaluación. Las encuestas proporcionan resultados muy útiles, pero hablar con los trabajadores y trabajadoras y conducir grupos de discusión proporciona una información adicional fundamental para el diseño de intervenciones adaptadas a la realidad concreta de la empresa.
- Los programas preventivos no tienen éxito si se centran exclusivamente en la intervención individual. La gestión personal del estrés puede ser un elemento complementario de una intervención más global sobre el entorno de trabajo, pero, si no se analizan y se intentan solucionar las raíces del problema, difícilmente pueden ser efectivas.

Se ha subrayado que los programas son particularmente efectivos cuando se presta atención a los pequeños cambios. Hacer grandes propuestas estratégicas estándar del estilo de “mejorar la información, la formación y la comunicación”, sin concretar más, probablemente no servirá de nada. Es importante distinguir entre las condiciones de trabajo inevitables y las que se pueden cambiar, y no desperdiciar energía con las que no se pueden cambiar.<sup>84</sup>

### 10.3. Intervenciones individuales

Tienen por objetivo disminuir la vivencia de estrés relacionado con la actividad laboral a través de la mejora de la capacidad de afrontamiento. En el anexo 9 se describen los diferentes tipos de técnicas. Hay suficiente evidencia científica que demuestra que la capacidad de los individuos de hacer frente a situaciones de estrés en el trabajo depende tanto de los conocimientos y las habilidades requeridas como de determinadas características psicológicas protectoras: personalidad resistente, competencia social, autoestima, control interno, ausencia de neuroticismo y de emotividad negativa. Aunque los rasgos de personalidad son bastante estables, es posible mejorar la capacidad de adaptación a través de módulos de formación específicos.<sup>85</sup>

**En las revisiones sistemáticas<sup>86, 33</sup> sobre intervenciones de tipo experimental o cuasi experimental, se concluye que las más utilizadas y efectivas son las de tipo cognitivo y/o conductual.** Estas técnicas ofrecen entrenamiento tanto en cuanto a reestructuración cognitiva como modelización de comportamientos más adaptativos dentro del ámbito laboral. Un ejemplo de este tipo de intervención es la técnica de inoculación de estrés,<sup>87</sup> que ha sido muy utilizada desde hace veinte años en el ámbito laboral. Consta de tres fases: preparación a través de la identificación de los pensamientos y las respuestas emocionales no adaptativas, entrenamiento de habilidades y aplicación del entrenamiento a la situación concreta a la que se debe hacer frente. Con diferentes componentes y teniendo en cuenta las características específicas del puesto de trabajo, se han hecho variaciones de este tipo de formación.

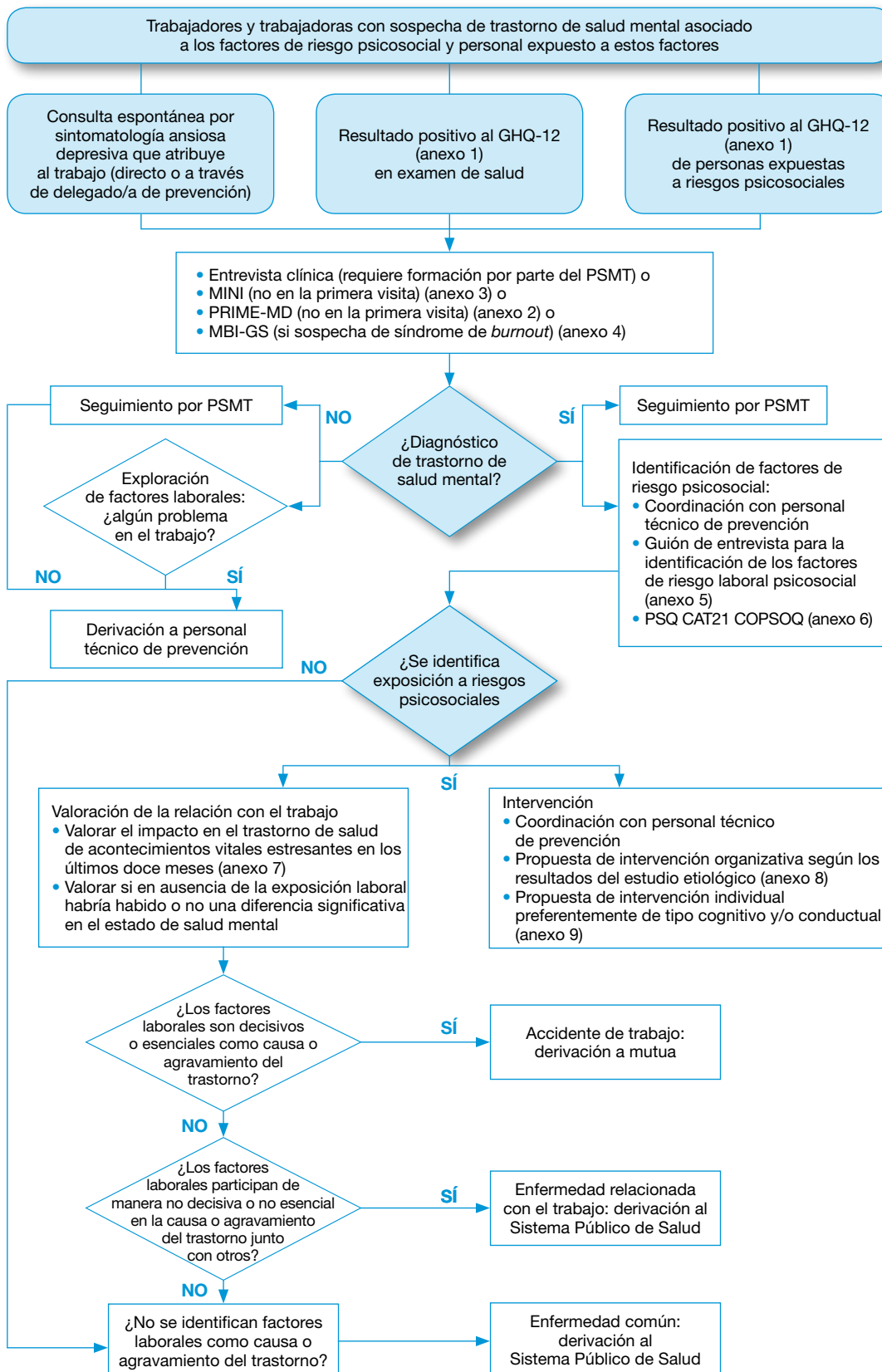
RS

La relajación en sus diferentes variantes, así como la meditación, también han sido extensamente utilizadas y analizadas en estudios experimentales, igualmente con buenos resultados.<sup>88</sup> Algunas intervenciones que se denominan multicomponentes integran entrenamiento tanto en reestructuración cognitiva como en relajación.<sup>89</sup>

Aunque en la mayoría de revisiones y metaanálisis se aprecia que las intervenciones cognitivas y/o conductuales son más efectivas, algunos autores<sup>85</sup> sostienen que en trabajos con suficiente autonomía las intervenciones del primer grupo estarían más indicadas, y en aquellas en las que los trabajadores o trabajadoras disponen de escasa autonomía y participación habría que poner en marcha intervenciones basadas en la reorganización del trabajo y cursos de relajación.

## 11. ALGORITMO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA

En la siguiente figura se esquematiza el proceso que debe seguir el PSMT para aplicar esta guía.



## 12. PROCESO DE REALIZACIÓN DE LA GUÍA

---

### 12.1. Grupo de trabajo

El grupo de trabajo que ha elaborado esta guía está formado por nueve profesionales del ámbito de la psicología, la medicina del trabajo y la salud pública (véase el anexo 10), que han declarado la ausencia de conflictos de interés.

### 12.2. Metodología de revisión y síntesis de la literatura biomédica

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en dos fases. En la primera se realizó una búsqueda genérica sobre trastornos de salud mental y riesgos psicosociales laborales. Se utilizaron las palabras clave que hay a continuación y se limitaron por tipo de intervención (etiología, tratamiento y diagnóstico): *adjustment disorder, ansiedad, anxiety, bossing, bullying, burnout, checklist, depresión, depression, depressive disorder, distress, estrés, estrés psicosocial, guidelines, harassment, interview, mental health, mobbing, psychosocial risk factor, questionnaire, riesgo psicosocial, somatoform disorder, work stress, workplace, worksite*.

El período analizado fue de 1995 a 2006; los idiomas incluidos inglés, castellano y catalán, y las bases de datos biomédicas internacionales consultadas, Medline, Global Health y EBM Reviews. Por lo que respecta a las bases médicas españolas, se consultaron Compludoc, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, Índice Médico Español e Índice Bibliográfico de Salud y Seguridad en el Trabajo. También se consultaron las bases de datos de guías de práctica clínica y de revisiones sistemáticas: Cochrane Library Plus en español, EBM Reviews, National Guideline Clearinghouse, NeLH Guidelines Finder, New Zealand Guidelines Group, Scottish Intercollegiate Guidelines Network y CMA Infobase (Clinical Practice Guidelines). Finalmente, se utilizaron los buscadores Google y Yahoo para localizar la información de interés existente en Internet, y también se consultó el fondo bibliográfico de las bibliotecas de organismos nacionales e internacionales relacionados con la seguridad y la salud en el trabajo: Organización Internacional del Trabajo, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, National Institute for Occupational Safety and Health, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Se excluyeron las ponencias y comunicaciones a congresos. Para esta fase se contó con el apoyo de una documentalista.

En la segunda fase se revisaron los documentos identificados siguiendo el siguiente procedimiento:

**12.2.1.** Identificación de guías de práctica clínica con objetivos similares.

**12.2.2.** Identificación de los ámbitos de la guía que requerían búsqueda de evidencia. Se identificaron los siguientes:

- Selección de trastornos de salud mental.
- Detección y categorización de los trastornos de salud mental seleccionados.
- Identificación y medición de riesgos psicosociales.
- Relación laboral y extralaboral de los trastornos de salud mental.
- Intervenciones preventivas.

**12.2.3.** Identificación de artículos científicos de resumen de evidencia (metaanálisis, revisiones sistemáticas y no sistemáticas) en los cinco ámbitos anteriores.

**12.2.4.** Revisión de la documentación seleccionada y definición de la estrategia de ampliación de la información, en caso de que fuera necesario. Para los cinco ámbitos del punto 12.2.2, el procedimiento fue el siguiente:

- Selección de trastornos de salud mental: se identificó un metanálisis reciente<sup>4</sup> sobre trastornos de salud mental y factores de riesgo psicosocial restringido a estudios prospectivos. Este documento incluía algunas categorías diagnósticas del grupo de trastornos neuróticos y todas las de los trastornos depresivos de la CIM-10. Teniendo en cuenta la experiencia del grupo de trabajo, se añadieron el resto de categorías del primer grupo y el síndrome de burnout, del que se identificaron seis revisiones sistemáticas<sup>90, 91, 92, 93, 94, 95</sup> y una no sistemática,<sup>16</sup> en relación con el entorno de trabajo psicosocial.
- Detección y categorización de los trastornos de salud mental seleccionados en el punto anterior:
  - Instrumentos de cribado: se identificó un estudio de revisión no sistemática en el ámbito de la salud laboral. Dado que se consideró insuficiente, se consultó un experto en salud mental. Además, se contó con la experiencia del grupo de trabajo en la práctica clínica, vigilancia de la salud e investigación.
  - Diagnóstico de los trastornos CIM-10 seleccionados: no se identificó ningún estudio de resumen de evidencia, por lo que se consultaron tres expertos en salud mental y se identificaron dos estudios de validez en población española.<sup>23, 26</sup> También se contó con la experiencia del grupo de trabajo en la aplicación de cuestionarios diagnósticos en el ámbito de la investigación.
  - Diagnóstico del síndrome de burnout: se identificaron cuatro estudios de validez de cuestionarios en población española: dos de la versión General Survey (SG), aplicable a todas las ocupaciones,<sup>96, 97</sup> y dos más de la versión para ocupaciones que implican el trato con personas.<sup>98, 99</sup>
- Identificación y medición de riesgos psicosociales: se identificó una revisión sistemática de instrumentos para la aplicación en grupos de trabajadores y trabajadoras. Se amplió la revisión de documentación para identificar evidencia en la aplicación individual. Se contó con la experiencia del grupo de trabajo en la vigilancia individual de la salud, práctica clínica, entrevista en el ámbito de la salud laboral y psicología.
- Relación laboral y extralaboral de los trastornos de salud mental: no se identificó ningún estudio de resumen de evidencia. Se amplió la revisión de documentación a todos los tipos de estudios, y se identificó un estudio de revisión de la normativa legal en algunos países europeos<sup>47</sup> y los resultados de la prueba piloto de la implantación de un sistema para el diagnóstico, la categorización y el registro de los trastornos de salud mental laboral.<sup>58</sup> Se contó con la experiencia y el conocimiento del grupo de trabajo en normativa legal del ámbito de la salud laboral. Para la selección de un instrumento de identificación de acontecimientos vitales estresantes se identificaron tres revisiones bibliográficas<sup>52, 49, 50</sup> y un estudio de validez en población española<sup>100</sup> (por lo que se tuvo que ampliar el período temporal de búsqueda). Se contó con la experiencia del grupo de trabajo en la práctica clínica y en la investigación en salud laboral para la adaptación al ámbito laboral.
- Intervenciones preventivas: se identificaron cinco revisiones sistemáticas<sup>85, 86, 33, 88, 89</sup> en relación con las intervenciones individuales. No se identificó ningún estudio de resumen de evidencia de intervenciones colectivas, por lo que se amplió la selección de información a documentación de programas de instituciones de referencia en el ámbito de la salud laboral. Se contó con la experiencia del grupo de trabajo en psicología.



### 12.3. Niveles de evidencia científica

En la búsqueda efectuada no se identificó ninguna guía basada en la evidencia científica que abordara los objetivos planteados en ésta. Para la elaboración de las recomendaciones se consideró tanto el conocimiento científico disponible como las condiciones de práctica real donde deben ser aplicadas, teniendo en cuenta aspectos como la formación, la experiencia y los conocimientos técnicos específicos de los profesionales, las características de la población diana y también las condiciones que enmarcan el acto asistencial, tales como la accesibilidad, la disponibilidad de recursos y las condiciones materiales de la asistencia. Por este motivo se desarrolló un proceso de participación que se describe en el apartado siguiente. Finalmente, también se tuvo en consideración la normativa legal aplicable.

Las recomendaciones se presentan a lo largo del texto en un formato diferente para facilitar su localización y se señala el nivel de evidencia en que está fundamentada la recomendación (según los acrónimos que se presentan entre paréntesis). Los niveles de evidencia usados son los siguientes:

- Revisión sistemática **(RS)**
- Revisión no sistemática **(RNS)**
- Estudios de cohortes **(EC)**
- Estudios cualitativos **(EQ)**
- Estudios de validez en población española **(EVPE)**
- Programas de instituciones de referencia en salud laboral **(PIRSL)**
- Experiencia del grupo de trabajo **(EGT)**
- Consulta a expertos **(CE)**
- Proceso de participación **(PP)**
- Normativa legal **(NL)**

En el equipo de trabajo se discutieron y aprobaron por consenso las enmiendas a las diferentes versiones del texto y anexos.

### 12.4. Proceso de participación

Para la elaboración de la guía se contó con la participación de diferentes colectivos implicados en la prevención de los problemas de salud mental asociados a los riesgos laborales psicosociales, que aportaron su experiencia y sus conocimientos del tema. Así, se llevó a cabo un estudio Delphi entre 55 especialistas en medicina del trabajo, médicos y médicas de SP, potenciales usuarios de la guía.<sup>10</sup> Los resultados de este estudio se han incorporado a la guía, tanto en las recomendaciones para el manejo de los casos como en otros que sobrepasan los objetivos de ésta y que se presentan en el anexo 11.

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión, uno con delegados y delegadas de prevención de los sindicatos mayoritarios y otro con representantes de pequeñas y grandes empresas. Por otra parte, se realizaron tres entrevistas a técnicos de prevención especialistas en psicología y tres a médicos y médicas especialistas en medicina del trabajo, en ambos casos, de SP propios y ajenos. Finalmente, se realizaron entrevistas a tres inspectores médicos y a dos de trabajo.

También se contó con el apoyo de un experto en epidemiología psiquiátrica para el asesoramiento en la revisión y selección de instrumentos de cribado y diagnóstico de los trastornos de salud mental, y se hicieron consultas puntuales a dos más.

En todos los casos se ha garantizado la confidencialidad de los datos y se ha pedido autorización para incluir el nombre de los participantes (ver anexo 12).

## 12.5. Revisión externa

La revisión externa de la primera versión de la GBP la han realizado profesionales de las siguientes sociedades: Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, Associació Catalana de Medicina del Treball, Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears i Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Se han excluido de esta revisión los profesionales que colaboraron en el proceso de participación descrito en el punto anterior. También han participado en el proceso de revisión, profesionales de los Centres de Seguretat i Salut Laboral de Catalunya del Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya.

Todas las personas que realizaron la revisión recibieron un cuestionario de evaluación (véase en el anexo 13.1 el cuestionario, y en el 13.2, un resumen de las respuestas obtenidas) que se elaboró, al igual que el de la prueba piloto, a partir de la adaptación del utilizado en la Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia.<sup>101</sup> Los cambios sugeridos por los profesionales fueron discutidos en el grupo de trabajo e incorporados en la guía por consenso (sólo hubo una propuesta de modificación de una recomendación, basada en la literatura científica).

Además de las sociedades profesionales mencionadas, la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) llevó a cabo la revisión externa de la calidad de la primera versión de esta Guía mediante el instrumento AGREE, lo cual no significa necesariamente un asentimiento con el contenido final, que, en todo caso, es atribuible a los autores y autoras.

## 12.6. Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en la que participaron diez profesionales de diferentes SP propios (del sector público y privado) y ajenos y también de USL.<sup>f</sup> Para probar la guía se les envió las dos versiones del documento (completa y breve) con un cuestionario de evaluación (véase el anexo 14) y una carta explicativa del proceso que había que seguir para analizar el formato de presentación, la comprensión, la factibilidad de aplicación y la utilidad de las recomendaciones. Se les pidió que utilizaran la guía en su práctica clínica durante un mes y medio y que realizaran después la evaluación. Las sugerencias que aportaron se incorporaron en el formato de presentación de los cuestionarios de los anexos, el algoritmo de aplicación de la guía y la redacción de algunos párrafos para mejorar su comprensión.

## 12.7. Costes de aplicación

Aunque no se ha realizado un análisis en profundidad de los costes potenciales de implementación de esta guía, se ha hecho una estimación del tiempo de administración de los instrumentos que se recomiendan, como una aproximación a los costes de aplicación por parte del PSMT.

Una parte de los instrumentos recomendados deben ser contestados directamente por el trabajador o trabajadora (GHQ-12, PRIME-MD, MBI-GS, PSQ CAT21 COPSOQ) y la otra los ha de administrar el PSMT; de estos hay dos que tienen un formato de guión de entrevista (Guión de entrevista para la identificación de los factores de riesgo laboral psicosocial y Guión de entrevista para la exploración de acontecimientos vitales estresantes) y otro es una entrevista estructurada (MINI). En la Tabla 1 se presenta una aproximación al tiempo de aplicación de todos estos instrumentos basada en una búsqueda bibliográfica específica; en los casos que no se ha identificado ningún documento de referencia y en los guiones de entrevista, el tiempo estimado se basa en la experiencia del grupo de trabajo.

<sup>f</sup> A pesar de que los profesionales de las USL no realizan las mismas funciones que los PSMT de los SP, se consideró que su experiencia en el estudio de trabajadores y trabajadoras con trastornos de salud relacionados con el trabajo podía ser útil para valorar su aplicación.

Hay que tener en cuenta que los cuestionarios autocontestados requieren un tiempo de presentación de las instrucciones que habitualmente no supera los cinco minutos. En estos casos es aconsejable que el PSMT observe y compruebe que la persona ha entendido las instrucciones y que anota las respuestas en el lugar y el modo indicados.

Aunque ninguno de los instrumentos indicados tiene un tiempo limitado, hay que tener en cuenta que es preferible que la persona conteste de una manera natural, sincera y rápida, y que la aplicación de cualquier instrumento conlleva, por lo tanto, un tiempo dedicado a generar el ambiente adecuado que facilite la comodidad y la sinceridad de las respuestas.

Tabla 1. Tiempo estimado de aplicación de los instrumentos recomendados

Instrumento	Tiempo estimado de aplicación (en minutos)
GHQ-12	5 - 10
PRIME-MD	5 - 10 <sup>23</sup>
MBI-GS	10
PSG CAT21 COPSOQ (versión corta)	15
Guión de entrevista para la identificación de los factores de riesgo laboral psicosocial	15-30
Guión de entrevista para la exploración de acontecimientos vitales estresantes	5 - 10
MINI 5.0	18,7 ± 11,6 <sup>26</sup>

### 12.8. Difusión de la guía

La guía está disponible en formato electrónico en el web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, con acceso a las dos versiones (completa y breve) y los instrumentos de apoyo.

Se realizará una presentación de la guía y sesiones formativas para dar a conocer el contenido de la guía entre las personas usuarias potenciales.

### 12.9. Actualización

Se propone efectuar una revisión de los contenidos de esta guía en un período no superior a cinco años o antes, si hay evidencia científica o disposiciones legales que puedan modificar su contenido actual y así lo aconsejen.

### 12.10. Evaluación de la implementación

Los estudios sobre efectividad de las estrategias de implementación de guías de práctica clínica destacan que las intervenciones más eficaces son los sistemas de recordatorio, los materiales educativos, la auditoría y la retroalimentación o feedback a los profesionales sanitarios.<sup>102</sup>

Se propone que la auditoría de la implementación se realice en dos fases: en la primera, un año después de la difusión de la guía, se valorarán la adherencia (conocimiento de la existencia de la guía, nivel y frecuencia de uso) y las barreras a la implementación, con recogida de información de sanitarios de SSP y SPA; en la segunda fase, a partir del segundo año de la difusión, se definirán y evaluarán indicadores de estructura, proceso y resultados.

# ANEXO a

## Documentos de apoyo a las recomendaciones

## 1. CUESTIONARIO GHQ-12

---

### Características

Cuestionario de cribado de trastornos de salud mental que mide sufrimiento psicológico, sin categorización diagnóstica. Se centra en rupturas de la función normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida. El cuestionario se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad de llevar a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos que producen malestar psíquico.

### Puntuación

Para obtener la puntuación se dará valor 0 a las respuestas 1 y 2 y valor 1 a las respuestas 3 y 4 de cada pregunta; posteriormente se han de sumar los valores obtenidos de las 12 preguntas. Se consideran casos positivos (caso probable de mala salud mental) los de puntuación igual o superior a tres. No se obtiene la puntuación total de las personas que tienen más de 5 preguntas no contestadas.

## 1. CUESTIONARIO GHQ-12

Las siguientes preguntas se refieren a problemas que ha podido tener durante los últimos 30 días. Por favor, conteste la respuesta que más se acerque a lo que siente o ha sentido recientemente.

1. ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	mejor que habitualmente igual que habitualmente menos que habitualmente mucho menos que habitualmente
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absoluto no más que habitualmente un poco más que habitualmente mucho más que habitualmente
3. ¿Ha sentido que juega un papel útil en la vida?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	más útil que habitualmente igual que habitualmente menos útil que habitualmente mucho menos útil que habitualmente
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	más que habitualmente igual que habitualmente menos que habitualmente mucho menos que habitualmente
5. ¿Se ha notado constantemente cargado/a y en tensión?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absoluto no más que habitualmente un poco más que habitualmente mucho más que habitualmente
6. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absoluto no más que habitualmente un poco más que habitualmente mucho más que habitualmente
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	más que habitualmente igual que habitualmente menos que habitualmente mucho menos que habitualmente
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	más capaz que habitualmente igual que habitualmente menos capaz que habitualmente mucho menos capaz
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absoluto no más que habitualmente un poco más que habitualmente mucho más que habitualmente
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absoluto no más que habitualmente un poco más que habitualmente mucho más que habitualmente
11. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absoluto no más que habitualmente un poco más que habitualmente mucho más que habitualmente
12. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	más que habitualmente aproximadamente lo mismo que habitualmente menos que habitualmente mucho menos que habitualmente

## 2. CUESTIONARIO PRIME-MD

---

### Características

Cuestionario para el diagnóstico específico de trastornos de salud mental. Se recomienda que no se utilice en el primer contacto con un trabajador o trabajadora, ya que podría ser vivido como demasiado rígido e intrusivo, dañando el establecimiento de una relación de confianza.

### Puntuación

#### Trastornos depresivos

- **Síndrome depresivo mayor:** si las respuestas a las preguntas 2a o 2b son «Más de la mitad de los días» o «Todos o casi todos los días», y además hay 5 o más respuestas «Más de la mitad de los días» o «Todos o casi todos los días» a las preguntas 2a-2i (la respuesta 2i se considera positiva si está presente en cualquier intensidad).
- **Otro síndrome depresivo:** igual pero con 2 o más respuestas 2a-2i positivas (de nuevo, considerar positiva la respuesta 1i si está presente en cualquier intensidad).
- **Nota:** El diagnóstico de **trastorno** depresivo mayor y el de otro **trastorno** depresivo requieren descartar la presencia de **duelo** normal, historia de episodios **maníacos** (trastorno bipolar) y un **trastorno físico**, medicación u **otras sustancias** que sean la causa biológica de los síntomas depresivos.

#### Trastornos de ansiedad

- **Síndrome de pánico:** si las respuestas de 3a-3d son positivas y hay 4 o más respuestas positivas de 4a-4k.
- **Otro síndrome de ansiedad:** si la respuesta de 5a es positiva y hay 3 o más respuestas «Más de la mitad de los días» a las preguntas 5b-5g.
- **Nota:** El diagnóstico de **trastorno** de pánico o de otro **trastorno** de ansiedad requiere que se descarte la presencia de un **trastorno físico**, **medicación** u **otras sustancias** como las causas biológicas de los síntomas de ansiedad.

**Bulimia nerviosa** si las respuestas de 6a-6c y 8 son positivas. Binge eating disorder: igual pero la respuesta 8 es negativa o esta en blanco. **Binge eating disorder:** igual pero la respuesta 8 es negativa o esta en blanco.

**Probable abuso o dependencia de alcohol:** si alguna de las respuestas 10a-10e es positiva.

## 2. CUESTIONARIO PRIME-MD

Sus contestaciones a las preguntas de este cuestionario nos ayudarán a comprender los diferentes problemas que usted pueda tener. Por favor, conteste a todas las preguntas **poniendo una cruz** en la casilla correspondiente, a no ser que en algún momento se le pida que salte algunas de ellas. Si alguna pregunta le plantea dudas, contéstela de todos modos de la forma más aproximada posible.

### 1. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a) Dolores de estómago			
b) Dolores de espalda			
c) Dolores de brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)			
d) En el caso de ser mujer, dolores o problemas menstruales			
e) Dolores o problemas durante las relaciones sexuales			
f) Dolores de cabeza			
g) Dolores en el pecho			
h) Mareos			
i) Desmayos o lipotimias			
j) Taquicardias (corazón o pulso acelerado) o palpitaciones			
k) Dificultades para respirar			
l) Estreñimiento, retortijones o diarrea			
m) Náuseas, gases o indigestión			

### 2. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
a) Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas				
b) Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza				
c) Tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo), o tener más sueño de la cuenta				
d) Sentirse cansado/a o con poca energía				
e) Tener poco apetito o comer demasiado				
f) Sentirse mal consigo mismo/a –o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de sí mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean				
g) Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo para leer el periódico o ver la televisión				
h) Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo mucho más de lo habitual				
i) En las últimas 2 semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a sí mismo/a de alguna manera				



## 2. CUESTIONARIO PRIME-MD

### 3. Ahora, algunas preguntas sobre problemas de ansiedad

	NO	SÍ
a) En las <b>últimas 4 semanas</b> , ¿ha tenido alguna crisis o ataque de ansiedad, como la sensación de sentir miedo o pánico súbitamente?		

SI HA RESPONDIDO QUE **NO**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 5

	NO	SÍ
b) ¿Había tenido alguna de estas crisis o ataques previamente?		
c) ¿Alguna de estas crisis o ataques apareció repentinamente y sin motivo – es decir, en situaciones en las que no esperaba encontrarse nervioso/a o incómodo/a?		
d) ¿Estas crisis o ataques le han molestado mucho, o está preocupado/a ante la posibilidad de volver a tener otra crisis o ataque parecido?		

### 4. Piense en la peor crisis o ataque que haya tenido últimamente

	NO	SÍ
a) ¿Tuvo dificultades para respirar?		
b) ¿Se notó el corazón acelerado, con palpitaciones o latidos irregulares?		
c) ¿Tuvo dolor u opresión en el pecho?		
d) ¿Sudó en exceso?		
e) ¿Sintió como si estuviese ahogándose?		
f) ¿Notó oleadas de calor o escalofríos?		
g) ¿Tuvo náuseas, el estómago revuelto, o la sensación de ir a tener una diarrea?		
h) ¿Se sintió mareado, inestable o como si fuera a desmayarse?		
i) ¿Tuvo sensaciones de hormigueo o adormecimiento en alguna parte de su cuerpo?		
j) ¿Tuvo temblores o sacudidas musculares?		
k) ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?		

### 5. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días
a) Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta, o muy preocupado/a sobre problemas diversos			

SI HA RESPONDIDO QUE **NUNCA**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 6

b) Sentirse tan inquieto/a que le era difícil permanecer sentado/a			
c) Cansarse muy fácilmente			
d) Tensión, dolores o problemas musculares			
e) Problemas para coger el sueño o mantenerlo			
f) Problemas para concentrarse en cosas tales como leer un libro o ver la televisión			
g) Irritarse o enfadarse fácilmente			

## 2. CUESTIONARIO PRIME-MD

### 6. Ahora algunas preguntas sobre sus hábitos alimentarios

	NO	SÍ
a) ¿Siente a menudo que no puede controlar <b>lo que come</b> o <b>la cantidad de comida</b> que ingiere?		
b) ¿Frecuentemente come, <b>en un mismo período de dos horas</b> , lo que la mayoría de gente consideraría una <b>cantidad excesiva</b> de comida?		

SI HA RESPONDIDO QUE **NO** A LAS **DOS** PREGUNTAS ANTERIORES, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 9

	NO	SÍ
c) Como promedio, ¿estos atracones han aparecido por lo menos dos veces por semana en los últimos 3 meses?		

### 7. En los últimos 3 meses, ¿ha hecho a menudo algo de lo siguiente con tal de evitar engordarse?

	NO	SÍ
a) Provocarse el vómito		
b) Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes		
c) Ayunar – no comer nada durante por lo menos 24 horas		
d) Hacer ejercicio durante más de una hora, especialmente para evitar aumentar de peso después de haber comido demasiado		

	NO	SÍ
<b>8. Si ha contestado que SÍ a alguno de estos mecanismos para evitar ganar peso, ¿lo ha hecho en algún momento al menos dos veces por semana?</b>		

	NO	SÍ
<b>9. ¿Bebe alcohol en algún momento? (incluyendo vino o cerveza)</b>		

SI HA RESPONDIDO QUE **NO**, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N° 11

### 10. En los últimos 6 meses, ¿alguno de los siguientes problemas le ha pasado más de una vez?

	NO	SÍ
a) ¿Continuó bebiendo alcohol a pesar de que algún médico le recomendó que no bebiera por algún problema con su salud?		
b) ¿Ha bebido alcohol, ha estado bebido/a o ha tenido resaca durante las horas de trabajo, colegio, o cuando debería estar atendiendo otras obligaciones?		
c) ¿Ha faltado o llegado tarde al trabajo, colegio u otras obligaciones como consecuencia de estar bebiendo o con resaca?		
d) ¿Ha tenido problemas con otras personas mientras estaba bebiendo alcohol o cuando estaba bebido/a?		
e) ¿Ha conducido un coche o moto después de haber bebido varias copas?		

**11. Si ha contestado que SÍ a alguno de los problemas presentados en este cuestionario, ¿cuánto han interferido con su trabajo o estudios, con las actividades domésticas, o con su relación con otras personas?**

Nada

Algo

Mucho

Extremadamente

### 3. ENTREVISTA ESTRUCTURADA MINI

---

#### Características

Entrevista estructurada para el diagnóstico específico de trastornos de salud mental clasificados según CIE-10 y DSM-IV. Se recomienda que no se utilice en el primer contacto con un trabajador o trabajadora, ya que al ser completamente cerrada e inquirir sobre síntomas relativos a patologías severas, la persona lo podría percibir como demasiado rígido e intrusivo, lo cual dañaría la posibilidad de establecer una relación de confianza. La entrevista MINI puede ser útil para el profesional sanitario como apoyo y recordatorio en una entrevista abierta. Las instrucciones para su aplicación se encuentran en la página 38 (página 3 del cuestionario).

#### Puntuación

Las indicaciones para la puntuación y diagnóstico se encuentran en la página 37 (página 2 del cuestionario).

**MINI**

**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:  
L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert  
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O.Soto  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992,1994,1998,1999Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0(1 de enero de 2000)

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora de inicio de la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora de finalización de la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

Módulos	Período explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto			
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado			
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

### PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

### CONVENIOS:

*Las oraciones escritas* en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

*Las oraciones escritas* en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas* en «**negrita**» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

*Respuestas con una flecha encima* (▶▶) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

*Frasas entre paréntesis* ( ) son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

**INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:**

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando **SÍ** o **NO**.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

*Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.*

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
Tel.: +18139744544  
Fax: +18139744575  
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.  
INSERM U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital 4788  
F.75651 París, Francia  
Tel.: +33(0) 142161659  
Fax: +33(0) 145852800  
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.  
IAP  
Velázquez, 156  
28002 Madrid, España  
Tel.: + 91 564 47 18  
Fax: + 91 411 54 32  
e-mail: iap@lander.es

Marelli Soto, M.D.  
University of South Florida  
3515 East Fletcher Avenue  
Tampa, FL USA 33613-4788  
Tel.: +18139744544  
Fax: +18139744575  
e-mail: mon0619@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### A. Episodio depresivo mayor

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? **NO** **SÍ** **1**

A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban? **NO** **SÍ** **2**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **A1** O EN **A2**?

▶  
**NO** **SÍ**

A3 **En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:**

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de  $\pm$  5% de su peso corporal o  $\pm$  8 libras o  $\pm$  3,5 kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? **NO** **SÍ** **3**

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, NO **SÍ** 4 se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? **NO** **SÍ** **4**

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? **NO** **SÍ** **5**

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? **NO** **SÍ** **6**

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? **NO** **SÍ** **7**

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? **NO** **SÍ** **8**

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? **NO** **SÍ** **9**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

**NO** **SÍ**  
**EPISODIO  
DEPRESIVO  
MAYOR ACTUAL**

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4

a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? ▶ **NO** **SÍ** **10**

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

**NO** **SÍ** **11**  
**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (**A3 = Sí**), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A2</b> ?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
	b ¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>12</b>
	<b>Si NO:</b> ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A5a</b> O <b>A5b</b> ?	<b>▶ NO</b>	<b>SÍ</b>	

**A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:**

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>13</b>
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>14</b>
c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>15</b>
d	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A3c</b> (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
e	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>A3a</b> (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>16</b>

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **A6**?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### B. Trastorno distímico

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>17</b>
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<b>NO</b>	▶▶ <b>SÍ</b>	<b>18</b>
B3	<b>Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>19</b>
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>20</b>
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>21</b>
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>22</b>
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>23</b>
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>24</b>
	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>25</b>

¿CODIFICÓ **SÍ** EN B4?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**C. Riesgo de suicidio**

**Durante este último mes:**

**Puntos:**

C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>1</b>
C2	¿Ha querido hacerse daño?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>2</b>
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>6</b>
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>
C5	¿Ha intentado suicidarse?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>

**A lo largo de su vida:**

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>4</b>
----	--------------------------------------	-----------	-----------	----------

¿CODIFICÓ **SÍ** EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos Leve	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos Alto	<input type="checkbox"/>

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### D. Episodio (hipo)maníaco

(► SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>1</b>
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA:</p> <p>Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI <b>SÍ</b>:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>2</b>
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>3</b>
<p>SI <b>SÍ</b>:</p>					
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>4</b>
<p>¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>D1a</b> O EN <b>D2a</b>?</p>					
			►►	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
D3	<p>SI <b>D1b</b> O <b>D2b</b> = <b>SÍ</b>: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO <b>ACTUAL</b>            SI <b>D1b</b> Y <b>D2b</b> = <b>NO</b>: EXPLORAR EL EPISODIO <b>PASADO</b> MÁS SINTOMÁTICO</p> <p><b>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</b></p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>5</b>
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>6</b>
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>7</b>
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>8</b>
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>9</b>
	f	Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>11</b>
<p>¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>3</b> O MÁS RESPUESTAS DE <b>D3</b> (O <b>4</b> O MÁS RESPUESTAS SI <b>D1a</b> ES <b>NO</b> [EPISODIO PASADO] O SI <b>D1b</b> ES <b>NO</b> [EPISODIO ACTUAL])?</p>					
			►►	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

**NO**      **SÍ**      **12**



EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

HIPOMANÍACO       MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
<b>EPISODIO MANÍACO</b>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### E. Trastorno de angustia

(► SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió <b>súbitamente</b> ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>1</b>
	b ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>2</b>
E2	¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>3</b>
E3	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>4</b>
E4	<b>Durante la peor crisis que usted puede recordar:</b>			
	a ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>5</b>
	b ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>6</b>
	c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>7</b>
	d ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>8</b>
	e ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>9</b>
	f ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>
	g ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>11</b>
	h ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>12</b>
	i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>13</b>
	j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>14</b>
	k ¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>15</b>
	l ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>16</b>
	m ¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>17</b>
E5	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>E3</b> Y EN POR LO MENOS <b>4</b> DE <b>E4</b> ?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
		<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6	SI <b>E5</b> = <b>NO</b> , ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA RESPUESTA DE <b>E4</b> ? SI <b>E6</b> = <b>SÍ</b> , PASAR A <b>F1</b> .	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
		<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7	¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>18</b>
		<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**F. Agorafobia**

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? **NO SÍ 19**

SI **F1 = NO**, RODEE CON UN CÍRCULO **NO** en **F2**.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? **NO SÍ 20**  
*Agorafobia actual*

¿CODIFICÓ **NO** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)  
Y  
CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

**NO SÍ**  
**TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)  
Y  
CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

**NO SÍ**  
**TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)  
Y  
CODIFICÓ **NO** EN **E5** (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

**NO SÍ**  
**AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia**

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- |    |   |                 |           |                    |
|----|---|-----------------|-----------|--------------------|
| G1 | ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales. | ▶▶<br><b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>1</b>           |
| G2 | ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?  | ▶▶<br><b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>2</b>           |
| G3 | ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?   | ▶▶<br><b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>3</b>           |
| G4 | ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?  |                 | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> <b>4</b> |

**FOBIA SOCIAL  
(trastorno de  
ansiedad social)  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

**H. Trastorno obsesivo-compulsivo**

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

<p>H1 ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)</p> <p>(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)</p>	<p><b>NO</b>    <b>SÍ</b>    <b>1</b></p> <p>▶▶ H4</p>
<p>H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?</p>	<p><b>NO</b>    <b>SÍ</b>    <b>2</b></p> <p>▶▶ H4</p>
<p>H3 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?</p>	<p><b>NO</b>    <b>SÍ</b>    <b>3</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">obsesiones</div>
<p>H4 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?</p>	<p><b>NO</b>    <b>SÍ</b>    <b>4</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">compulsiones</div>
<p>¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN H3 O EN H4?</p>	<p>▶▶</p> <p><b>NO</b>    <b>SÍ</b></p>
<p>H5 ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?</p>	<p>▶▶</p> <p><b>NO</b>    <b>SÍ</b>    <b>5</b></p>
<p>H6 ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?</p>	<p><b>NO</b>    <b>SÍ</b>    <b>6</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p><b>TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</b></p> </div>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(► SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?  EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>1</b>
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>2</b>
I3	<b>En el último mes:</b>			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>3</b>
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>4</b>
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>5</b>
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>6</b>
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>7</b>
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>8</b>
	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
I4	<b>Durante el último mes:</b>			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>9</b>
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>11</b>
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>12</b>
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>13</b>
	¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>14</b>

**ESTADO  
POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### J. Abuso y dependencia de alcohol

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1 ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones? ▶ **NO** **SÍ** **1**

J2 **En los últimos 12 meses:**

- |   |  |           |           |          |
|---|--|-----------|-----------|----------|
| a | ¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>2</b> |
| b | ¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?<br>CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI CONTESTÓ <b>SÍ</b> EN ALGUNA. | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>3</b> |
| c | ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>4</b> |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>5</b> |
| e | ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>6</b> |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>7</b> |
| g | ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>8</b> |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

<b>▶▶</b>
<b>NO</b> <b>SÍ</b>
<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>

J3 **En los últimos 12 meses:**

- |   |   |           |           |           |
|---|---|-----------|-----------|-----------|
| a | ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?<br>CODIFIQUE <b>SÍ</b> SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS. | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>9</b>  |
| b | ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>10</b> |
| c | ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>11</b> |
| d | ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>12</b> |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

<b>NO</b> <b>SÍ</b>
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas**

(► SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.**

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? ►► **NO** **SÍ**

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

**Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

**Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: \_\_\_\_\_

b SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE.  
(FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? **NO** **SÍ** **1**


b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? **NO** **SÍ** **2**

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

- |  |           |           |          |
|--|-----------|-----------|----------|
| c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?                            | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>3</b> |
| d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>4</b> |
| e ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (>2horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>5</b> |
| f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>6</b> |
| g ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?                                       | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>7</b> |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **K2**?  
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

**NO** **SÍ**   
**DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL**

**K3 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

- |   |           |           |           |
|---|-----------|-----------|-----------|
| a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE <b>SÍ</b> , SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS) | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>8</b>  |
| b ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>9</b>  |
| c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>10</b> |
| d ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>11</b> |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE **K3**?  
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: \_\_\_\_\_

**NO** **SÍ**  
**ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## L. Trastornos psicóticos

(► SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SÍ** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES SE PUEDEN CALIFICAR COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

**Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.**

				EXTRAÑOS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO SÍ	SÍ	1
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	2
				►► L6	
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SÍ	SÍ	3
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	4
				►► L6	
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO SÍ	SÍ	5
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	6
				►► L6	
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SÍ	SÍ	7
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	8
				►► L6	
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE <b>SÍ</b> SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO SÍ	SÍ	9
	b	Si <b>SÍ</b> : ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

L6	a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA <b>SÍ</b> A LO SIGUIENTE: Si <b>SÍ</b> : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ		11
	b Si <b>SÍ</b> : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	<b>SÍ</b> » L8b	12
L7	a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.		NO	SÍ	13
	b Si <b>SÍ</b> : ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?		NO	SÍ	14
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:</b>					
L8	b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ		15
L9	b PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ		16
L10	b ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ		17
L11	¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?			NO	SÍ
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>					
L12	¿CODIFICÓ <b>SÍ EXTRAÑO</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> (EN VEZ DE <b>SÍ EXTRAÑO</b> ) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?			NO	SÍ 18
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>					
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO					
o ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>L11</b> ?					
L13	a ¿CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE <b>L1b</b> A <b>L7b</b> Y CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?			» NO	SÍ
	b SI CODIFICÓ <b>SÍ</b> EN <b>L1EA</b> : Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/ exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS <b>SÍ</b> DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?			NO	SÍ 19
<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>					
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

**M. Anorexia nerviosa**

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a ¿Cuál es su estatura?  pies   pulgadas  
   cm  
 b ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?    libras  
   kg  
 c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)? **▶▶ NO SÍ**

**En los últimos 3 meses:**

M2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? **▶▶ NO SÍ 1**

M3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a? **▶▶ NO SÍ 2**

M4 a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? **NO SÍ 3**  
 b ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo? **NO SÍ 4**  
 c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo? **NO SÍ 5**

M5 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE **M4**? **▶▶ NO SÍ**

M6 SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)? **▶▶ NO SÍ 6**

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **M5** Y **M6**?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **M5**?

**NO SÍ**  
**ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL**

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

**N. Bulimia nerviosa**

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>7</b>
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>8</b>
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>9</b>
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	▶▶ <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>11</b>
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	
		↓ Ir a <b>N8</b>		
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (.....libras/kg)?  (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/ PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>12</b>

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N5** O CODIFICÓ **NO** EN **N7** O SALTÓ A **N8**?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N7**?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/ PURGATIVO ACTUAL</b>	

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

### O. Trastorno de ansiedad generalizada

(► SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>1</b>
	b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>2</b>
	CODIFICAR <b>SÍ</b> , SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	<b>NO</b>	►► <b>SÍ</b>	<b>3</b>

O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	►► <b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>4</b>
----	--	-----------------	-----------	----------

O3 CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

#### En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>5</b>
b	¿Se sentía tenso?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>6</b>
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>7</b>
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>8</b>
e	¿Se sentía irritable?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>9</b>
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>10</b>

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</b>	

**P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)**

(▶ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO **NO**)

**P1 Antes de cumplir los 15 años:**

- |  |           |           |          |
|--|-----------|-----------|----------|
| a ¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>1</b> |
| b ¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?                   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>2</b> |
| c ¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?       | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>3</b> |
| d ¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?                         | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>4</b> |
| e ¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?               | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>5</b> |
| f ¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?                    | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>6</b> |

▶ ¿CODIFICÓ **SÍ** EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE **P1**? **NO** **SÍ**

NO CODIFIQUE **SÍ**, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS RELIGIOSOS.

**P2 Después de cumplir los 15 años:**

- |  |           |           |           |
|--|-----------|-----------|-----------|
| a ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse? | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>7</b>  |
| b ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>8</b>  |
| c ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>9</b>  |
| d ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>10</b> |
| e ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?  | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>11</b> |
| f ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?   | <b>NO</b> | <b>SÍ</b> | <b>12</b> |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **P2**?

<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

**Referencias**

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Traducciones	MINI 4.4 o versiones previas	MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandés		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka,
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noruego	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	P. Amorim, T. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## 4. CUESTIONARIO MBI-GS

### Características

Cuestionario para el diagnóstico del síndrome de burnout que puede ser administrado a todos los trabajadores y trabajadoras independientemente de las tareas que realicen. Está formado por tres escalas: agotamiento, cinismo y eficacia profesional.

### Puntuación

Para obtener las puntuaciones de cada escala se deben sumar las obtenidas en cada uno de los ítems que pertenecen a cada escala y dividir el resultado por el número de ítems de la escala. Por ejemplo, para obtener la puntuación en la escala de agotamiento se deben sumar las puntuaciones de los ítems 1, 2, 3, 4 y 6 y dividir el total entre 5. El mismo procedimiento se seguirá para las escalas de cinismo (dividiendo la puntuación entre 4) y de eficacia profesional (dividiendo entre 6).

Escalas	Ítems
Agotamiento	1, 2, 3, 4, 6
Cinismo	8, 9, 13, 14
Eficacia profesional	5, 7, 10, 11, 12, 15

En la siguiente tabla se muestran las puntuaciones obtenidas en el estudio de validación de la versión española llevado a cabo en una muestra de 1.963 trabajadores de diversas ocupaciones.<sup>97</sup> Los autores recomiendan el uso de este cuestionario para una primera medida de burnout, comparando los valores obtenidos con los de la muestra. Altas puntuaciones en las dimensiones de agotamiento y en la de cinismo, junto con bajas puntuaciones en eficacia profesional, serán indicadoras de burnout.

	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Muy bajo	< 0,4	< 0,2	< 2,83
Bajo	0,5 - 1,2	0,3 - 0,5	2,83 - 3,83
Medio (bajo)	1,3 - 2	0,6 - 1,24	3,84 - 4,5
Medio (alto)	2,1 - 2,8	1,25 - 2,25	4,51 - 5,16
Alto	2,9 - 4,5	2,26-4	5,17 - 5,83
Muy alto	> 4,5	> 4	> 5,83
Media y desviación estándar	2,12 (1,23)	1,5 (1,3)	4,45 (0,9)

#### 4. CUESTIONARIO MBI-GS

A continuación encontrará 15 frases referidas a cómo se siente en relación con su trabajo. Por favor, responda cada frase marcando la frecuencia en la que se encuentra en cada situación y siguiendo la puntuación que aparece al principio del texto (0 = nunca / ninguna vez, 1 = casi nunca / pocas veces al año, etc.). Marque con una cruz el número que corresponda en cada frase.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca / Ninguna vez	Casi nunca / Pocas veces al año	Algunas veces / Una vez al mes o menos	Regularmente / Pocas veces al mes	Bastantes ve- ces / Una vez por semana	Casi siempre / Muchas veces por semana	Siempre / Todos los días
1. Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
2. Estoy «consumido» al final de un día de trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
3. Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo.....	0	1	2	3	4	5 6
4. Trabajar todo el día es una tensión para mí.....	0	1	2	3	4	5 6
5. Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo	0	1	2	3	4	5 6
6. Estoy 'quemado' por el trabajo	0	1	2	3	4	5 6
7. Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización	0	1	2	3	4	5 6
8. He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto	0	1	2	3	4	5 6
9. He perdido entusiasmo por mi trabajo	0	1	2	3	4	5 6
10. En mi opinión soy bueno en mi puesto	0	1	2	3	4	5 6
11. Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	0	1	2	3	4	5 6
12. He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto	0	1	2	3	4	5 6
13. Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo	0	1	2	3	4	5 6
14. Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo	0	1	2	3	4	5 6
15. En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas	0	1	2	3	4	5 6

## 5. GUIÓN DE ENTREVISTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO LABORAL PSICOSOCIAL

---

El modelo *The Management Standards for Work-related Stress*, que se ha traducido y adaptado, basa la identificación de riesgos en el cumplimiento de estándares. Para determinar el nivel de cumplimiento se tiene en cuenta la percepción de la persona afectada y aspectos concretos de la organización del trabajo en la empresa. Las seis áreas básicas (demandas, control, apoyo, relaciones, cambio y roles) se han complementado con otros riesgos relevantes identificados en la revisión bibliográfica.

### 5.1. Demandas psicológicas

Incluye el volumen de trabajo, la presión de tiempo y las interrupciones.

*El estándar es el siguiente:*

- La persona indica que es capaz de hacer frente a las demandas de su trabajo, y
- Dispone de sistemas accesibles para responder a sus preocupaciones en este aspecto.

*Situación que se debería alcanzar:*

- La organización pide al trabajador o trabajadora unas demandas adecuadas y alcanzables en relación con las horas de trabajo legalmente establecidas.
- Las capacidades y habilidades de la persona se corresponden con las demandas que se le piden.
- Las tareas están diseñadas teniendo en cuenta las capacidades del trabajador o trabajadora.
- Se atienden sus preocupaciones respecto a su entorno de trabajo.

Algunas características de la jornada de trabajo que se podrían incluir bajo la dimensión de las demandas psicológicas tienen un efecto negativo sobre la salud mental. La evidencia más sólida se refiere a las largas jornadas de trabajo, especialmente en combinación con otros aspectos adversos como las jornadas irregulares, el bajo control sobre el trabajo o las demandas intensas.<sup>103, 104, 105, 106, 107</sup> Trabajar más de cincuenta horas semanales tiene efectos perjudiciales para la salud y el bienestar, y algunos estudios indican un efecto igualmente negativo de jornadas inferiores.<sup>108</sup>

En cuanto al trabajo por turnos, algunos artículos de revisión indican limitaciones metodológicas de la investigación en este campo, como por ejemplo que la población que trabaja en turnos está sesgada y que no se ha descartado claramente el efecto de causalidad inversa. Aun así las conclusiones de esta revisión son que el trabajo por turnos (turnos día-noche anormales) está relacionado con la salud mental.<sup>109</sup>

### 5.2. Control

Hasta qué punto el trabajador o trabajadora puede decidir cómo hacer su trabajo.

*El estándar es el siguiente:*

- La persona debe percibir que tiene influencia sobre la manera de hacer su trabajo, y
- Dispone de sistemas accesibles para responder a sus preocupaciones en este aspecto.

*Situación que se debería alcanzar:*

- Tanto como sea posible, la persona tiene control sobre la velocidad de su trabajo.



- Se fomenta que utilice sus habilidades y su propia iniciativa para hacer su trabajo.
- Tanto como sea posible, se fomenta que desarrolle nuevas habilidades que le ayuden a asumir nuevas tareas más estimulantes.
- La organización fomenta que el trabajador o trabajadora desarrolle sus habilidades.
- El trabajador o trabajadora tiene influencia sobre el momento en que se deben hacer las pausas.
- Se consulta al trabajador o trabajadora sobre la organización de su trabajo.

### 5.3. Apoyo social

#### 5.3.1. Apoyo operativo

Incluye el ánimo, el apoyo y los recursos adecuados por parte de la organización, los mandos y los compañeros y compañeras.

*El estándar es el siguiente:*

- La persona indica que recibe información y apoyo adecuados de sus compañeros y compañeras y superiores, y
- Dispone de sistemas accesibles para responder a sus preocupaciones en este aspecto.

*Situación que se debería alcanzar:*

- La organización tiene políticas y procedimientos para apoyar adecuadamente al trabajador o trabajadora.
- Hay sistemas que permiten y fomentan el apoyo de los mandos a su personal.
- Hay sistemas que permiten y fomentan el apoyo de las personas a sus compañeros y compañeras.
- La persona conoce de qué apoyo dispone y cómo y cuándo puede acceder a él.
- La persona conoce cómo puede acceder a los recursos que necesita para realizar su trabajo.
- El trabajador o trabajadora recibe retroalimentación (*feedback*) regular y constructivo.

#### 5.3.2. Apoyo emocional

Incluye la promoción del trabajo positivo para evitar conflictos y gestionar conductas inaceptables.

*El estándar es el siguiente:*

- La persona indica que no está expuesta a conductas inaceptables como el acoso psicológico, y
- Dispone de sistemas accesibles para responder a sus preocupaciones en este aspecto.

*Situación que se debería alcanzar:*

- La organización promueve conductas positivas en el trabajo, evita conflictos y asegura un trato justo.
- El personal del grupo de trabajo del trabajador o trabajadora comparte información relevante para su trabajo.
- La organización dispone de políticas y procedimientos consensuados para prevenir o resolver conductas inaceptables.
- Hay sistemas que permiten y fomentan que los mandos gestionen las conductas inaceptables.
- Hay sistemas que permiten y fomentan que el personal notifique las conductas inaceptables.

##### 5.3.2.1. Acoso psicológico

Un caso extremo de falta de apoyo en el trabajo es la exposición a conductas hostiles. El acoso psicológico es una conducta que se caracteriza por la presencia de acciones hostiles que se repiten a lo largo de un cierto período de tiempo; en este sentido es útil la referencia de seis meses, que es

el tiempo considerado en la definición de caso de los estudios de Leymann.<sup>35, 110</sup> Hay que tener en cuenta, sin embargo, que si la intensidad de la acción es suficiente puede haber efectos en la salud en períodos inferiores.<sup>34</sup> La intencionalidad de la persona acosadora (la destrucción de la identidad de la persona acosada) es otro elemento característico del acoso, así como la falta de simetría de las dos partes (relación dominante-dominado). El acoso descendente (de superior a subordinado o subordinada) es el más frecuente, aunque también se puede dar entre compañeros y compañeras. El Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)<sup>37</sup> incluye 45 acciones hostiles posibles, agrupadas en cinco categorías:

Acciones que reducen las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otras personas

1. El jefe o la persona acosadora no permite a la víctima la posibilidad de comunicarse.
2. Se interrumpe continuamente a la víctima cuando habla.
3. Los compañeros o compañeras le impiden expresarse.
4. Los compañeros o compañeras gritan e injurian a la víctima en voz alta.
5. Se producen ataques verbales con los que se critican trabajos realizados.
6. Se producen críticas hacia la vida privada de la víctima.
7. Se aterroriza a la víctima con llamadas telefónicas.
8. Se le amenaza verbalmente.
9. Se le amenaza por escrito.
10. Se rechaza el contacto con la víctima evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo, desdén o menosprecio, etc.
11. Se ignora su presencia, por ejemplo dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no vieran a la víctima o no existiera).

Acciones para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales

12. No se habla nunca con la víctima.
13. La persona acosadora no le deja que se dirija a ella.
14. Se le asigna un puesto de trabajo que le aísla de sus compañeros y compañeras.
15. Se prohíbe a los compañeros o compañeras hablar con la víctima.
16. Se niega la presencia física de la víctima.

Acciones dirigidas a desacreditar a la víctima o impedirle mantener su reputación personal o laboral

17. Se maldice o se calumnia a la víctima.
18. Se hacen correr cotilleos y rumores orquestados por la persona acosadora.
19. Se ridiculiza a la víctima.
20. Se atribuye a la víctima ser una persona enferma mental.
21. Se intenta forzar un examen o diagnóstico psiquiátrico.
22. Se confabula o inventa una supuesta enfermedad de la víctima.
23. Se imitan los gestos, la postura, la voz y el talante de la víctima con la intención de ridiculizarlos.
24. Se atacan sus creencias políticas o religiosas.
25. Se hace burla de su vida privada.
26. Se hace burla de sus orígenes o su nacionalidad.
27. Se le obliga a realizar un trabajo humillante.
28. Se monitoriza, anota, registra y se consigna inequitativamente el trabajo de la víctima en términos malintencionados.

29. Se cuestionan o se contestan las decisiones tomadas por la víctima.
30. Se le injuria en términos obscenos o degradantes.
31. Se le acosa sexualmente con gestos o proposiciones.

Acciones dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su 'empleabilidad' mediante la desacreditación profesional

32. No se asigna ningún trabajo a la víctima.
33. Se le priva de cualquier ocupación y se vela por que no pueda encontrar ninguna otra tarea por sí misma.
34. Se le asignan tareas totalmente inútiles o absurdas.
35. Se le asignan tareas muy inferiores a su capacidad o competencia profesional.
36. Se le asignan sin cesar tareas nuevas.
37. Se le hace hacer trabajos humillantes.
38. Se le asignan tareas que exigen una experiencia superior a sus competencias profesionales.

Acciones que afectan a la salud física o psíquica de la víctima

39. Se le obliga a realizar trabajos peligrosos o especialmente nocivos para la salud.
40. Se le amenaza físicamente.
41. Se le agrede físicamente, pero sin gravedad, a título de advertencia.
42. Se le agrede físicamente, pero sin contenerse.
43. Se le ocasionan voluntariamente gastos con intención de perjudicarla.
44. Se ocasionan desperfectos en su puesto de trabajo o en su domicilio.
45. Se le agrede sexualmente.

#### 5.4. Rol

Las personas entienden su rol dentro de la organización, y la organización se asegura de que las personas no tienen roles conflictivos.

*El estándar es el siguiente:*

- La persona indica que entiende su rol y sabe cuáles son sus responsabilidades.
- Dispone de sistemas accesibles para responder a sus preocupaciones en este aspecto.

*Situación que se debería alcanzar:*

- La organización asegura que las diferentes demandas que se hacen al trabajador o trabajadora son compatibles.
- La organización da información a la persona que le permite entender el rol y las responsabilidades que tiene.
- La organización asegura, tanto como sea posible, que las demandas al trabajador o a la trabajadora son claras.
- La persona dispone de sistemas que le permiten manifestar sus preocupaciones sobre incertidumbres o conflictos que pueda tener respecto a su rol y sus responsabilidades.

#### 5.5. Cambios

La forma en que se gestionan y se comunican los cambios organizacionales (grandes o pequeños) en el seno de la misma organización.

*El estándar es el siguiente:*

- La persona indica que la organización le consulta frecuentemente cuando lleva a cabo un cambio organizacional.
- Dispone de sistemas accesibles para responder a sus preocupaciones en este aspecto.

*Situación que se debería alcanzar:*

- La organización proporciona información puntual que permite entender a la persona las razones de los cambios que se proponen.
- La organización asegura que se consulta adecuadamente a los trabajadores y trabajadoras respecto a los cambios y les proporciona la oportunidad para influir en las propuestas.
- La persona es consciente del probable impacto que tendrá cada uno de los cambios en su puesto de trabajo. Si es necesario, se le proporciona formación para llevar a cabo los cambios en su puesto de trabajo.
- El trabajador o trabajadora conoce el calendario de implementación de los cambios.
- La persona tiene acceso a un apoyo relevante durante la implementación de los cambios.

A continuación, se hacen recomendaciones para identificar otros riesgos bien establecidos en la literatura científica según el metaanálisis de Stansfeld *et al.* y no incluidos en los seis ejes del MSWRS.

#### 5.6. Salario adecuado

A pesar de ser un elemento difícil de evaluar, la comparación con otros puestos de trabajo dentro y fuera de la misma empresa, la percepción del mismo trabajador o trabajadora, así como la forma de pago del salario (a destajo, una parte a comisión...), pueden ser elementos útiles para valorarlo.

#### 5.7. Perspectivas de promoción

La promoción que ha tenido la persona desde que comenzó a trabajar en la empresa, así como la existencia de una política explícita de promoción interna, son elementos que hay que valorar.

#### 5.8. Inestabilidad laboral

El riesgo de perder el trabajo es una situación que puede ser especialmente estresante sobre todo para los trabajadores o trabajadoras con más dificultades para conseguir otro (las mujeres, las personas mayores o las menos cualificadas). El tipo de relación laboral, la percepción del trabajador o trabajadora respecto a la probabilidad de perder el empleo en los dos años siguientes, la política de Recursos Humanos en este aspecto o las situaciones presentes o previsibles de reestructuración, deslocalización o similares, son elementos que hay que considerar para evaluar este riesgo.

#### 5.9. Trabajar por debajo de la propia cualificación

Puede ser útil comparar las tareas realizadas por el trabajador o trabajadora con las que realizan otras personas con una titulación de nivel similar, sea en la misma empresa o en otra.

#### 5.10. Trabajo emocional

Mostrar públicamente una emoción determinada como parte del propio trabajo es lo que caracteriza el trabajo emocional. Si bien puede ser fuente de satisfacción, también puede suponer un riesgo para la salud en caso de discordancia entre las propias emociones y las que se deben transmitir.<sup>111</sup> Este es un elemento que se debe valorar en todos los casos de trabajo de cara al público.

## 6. VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO PSQ CAT21 COPSOQ

### Características

Cuestionario que puede ser utilizado para valorar individualmente la exposición psicosocial en el puesto de trabajo, que incluye seis grandes grupos de factores de riesgo. Para responder al cuestionario hay que elegir una única respuesta para cada una de las preguntas.

### Puntuación

Para obtener las puntuaciones finales se deben sumar los valores de las respuestas de cada apartado y compararlos con los de la tabla siguiente, que contiene los intervalos de la población de referencia (resultados obtenidos en una muestra representativa de la población ocupada de la comunidad autónoma de Navarra, que también es representativa de la población ocupada española).

Apartado	Dimensión Psicosocial	Puntuación apartado	Puntuaciones para la población ocupada de referencia		
			Verde	Amarillo	Rojo
1	Demandas psicológicas		0 - 7	8 - 10	11 - 24
2	Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control de los tiempos)		40 - 26	25 - 21	20 - 0
3	Inseguridad		0 - 1	2 - 5	6 - 16
4	Apoyo social y calidad de liderazgo		40 - 29	28 - 24	23 - 0
5	Doble presencia		0 - 3	4 - 6	7 - 16
6	Estima		16 - 13	12 - 11	10 - 0

La interpretación de los tres niveles de comparación es la siguiente:

**Verde:** nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud.

**Amarillo:** nivel de exposición psicosocial intermedio.

**Rojo:** nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud.

## 6. VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO PSQ CAT21 COPSOQ

Por favor, lea detenidamente todas las preguntas y elija, con sinceridad, la respuesta que considere más adecuada para cada una.

<b>APARTADO 1</b>					
	siempre	muchas veces	algunas veces	sólo alguna vez	nunca
1. ¿Tienes que trabajar muy rápido?	4	3	2	1	0
2. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	4	3	2	1	0
3. ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?	0	1	2	3	4
4. ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?	4	3	2	1	0
5. ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	4	3	2	1	0
6. ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	4	3	2	1	0
<b>Suma de los códigos de las respuestas a las preguntas 1 a 6 =</b>					
<b>APARTADO 2</b>					
	siempre	muchas veces	algunas veces	sólo alguna vez	nunca
7. ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?	4	3	2	1	0
8. ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan las tareas?	4	3	2	1	0
9. ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas las tareas?	4	3	2	1	0
10. ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?	4	3	2	1	0
11. Si tienes algún asunto personal o familiar, ¿puedes dejar tu puesto de trabajo al menos una hora sin tener que pedir un permiso especial?	4	3	2	1	0
12. ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	4	3	2	1	0
13. ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	4	3	2	1	0
14. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	4	3	2	1	0
15. ¿Tienen sentido tus tareas?	4	3	2	1	0
16. ¿Hablas con entusiasmo de tu empresa a otras personas?	4	3	2	1	0
<b>Suma de los códigos de las respuestas a las preguntas 7 a 16 =</b>					
<b>APARTADO 3</b>					
En estos momentos, ¿estás preocupado/a por...:	muy preocupado	bastante preocupado	más o menos preocupado	poco preocupado	nada preocupado
17. ... lo difícil que sería encontrar otro trabajo en caso de que te quedaras en paro?	4	3	2	1	0
18. ... si te cambian las tareas contra tu voluntad?	4	3	2	1	0
19. ... si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especie, etc.)?	4	3	2	1	0
20. ... si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?	4	3	2	1	0
<b>Suma de los códigos de las respuestas a las preguntas 17 a 20 =</b>					

## 6. VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO PSQ CAT21 COPSOQ

<b>APARTADO 4</b>					
	siempre	muchas veces	algunas veces	sólo alguna vez	nunca
21. ¿Sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?	4	3	2	1	0
22. ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	4	3	2	1	0
23. ¿En tu empresa se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar a tu futuro?	4	3	2	1	0
24. ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?	4	3	2	1	0
25. ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?	4	3	2	1	0
26. ¿Recibes ayuda y apoyo de tu inmediato o inmediata superior?	4	3	2	1	0
27. ¿Tu puesto de trabajo se encuentra separado del de tus compañeros o compañeras?	0	1	2	3	4
28. En el trabajo, ¿sientes que formas parte de un grupo?	4	3	2	1	0
29. ¿Tus actuales jefes inmediatos planifican bien el trabajo?	4	3	2	1	0
30. ¿Tus actuales jefes inmediatos se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?	4	3	2	1	0
<b>Suma de los códigos de las respuestas a las preguntas 21 a 30 =</b>					
<b>APARTADO 5</b>					
<i>Este apartado se ha diseñado para personas trabajadoras que conviven con alguien (pareja, hijos, padres...). Si vives solo o sola no contestes, pasa directamente al apartado 6.</i>					
31. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?					
Soy el/la responsable principal y hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas.					4
Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas.					3
Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas.					2
Sólo hago tareas muy puntuales.					1
No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas.					0
	siempre	muchas veces	a veces	sólo alguna vez	nunca
32. Si faltas algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realizas se quedan sin hacer?	4	3	2	1	0
33. Cuando estás en la empresa, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	4	3	2	1	0
34. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la empresa y en casa a la vez?	4	3	2	1	0
<b>Suma de los códigos de las respuestas a las preguntas 31 a 34 =</b>					
<b>APARTADO 6</b>					
	siempre	muchas veces	a veces	sólo alguna vez	nunca
35. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco.	4	3	2	1	0
36. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario.	4	3	2	1	0
37. En mi trabajo me tratan injustamente.	0	1	2	3	4
38. Si pienso en todo el trabajo y el esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado.	4	3	2	1	0
<b>Suma de los códigos de las respuestas a las preguntas 35 a 38 =</b>					

## 7. GUIÓN DE ENTREVISTA PARA LA EXPLORACIÓN DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

---

La valoración del impacto de acontecimientos vitales estresantes recientes, junto con la consideración de si el estado de salud sería el mismo si no hubiera habido exposición a factores laborales, son los dos sistemas que se proponen para orientar la valoración de la relación causal del trabajo y el trastorno de salud (ver apartado 7). Los siguientes acontecimientos son los de mayor puntuación en la escala de Holmes y Rahe. Las puntuaciones se presentan como una orientación respecto al peso de cada acontecimiento en relación con el de mayor puntuación. Se recomienda que se utilice como un guión de entrevista sin determinar un punto de corte. El período de recordatorio es de doce meses.

Acontecimiento	Puntuación
Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Separación matrimonial	65
Encarcelamiento	63
Muerte de un familiar cercano	63
Lesión o enfermedad personal	53
Matrimonio	50
Reconciliación matrimonial	45
Cambio notable en la salud o en la conducta de un familiar	44
Embarazo	44
Dificultades sexuales	39
Existencia de un nuevo familiar (nacimiento, adopción, etc.)	39
Cambios importantes en el estado financiero (ganar o perder más de lo habitual)	37
Muerte de un amigo íntimo	36
Incremento importante de las disputas conyugales	31
Grandes desembolsos de dinero (compra de casa, negocios, etc.)	30

---



## 8. INTERVENCIONES ORGANIZATIVAS

---

Se sugieren diferentes alternativas de actuación a partir de la traducción y adaptación de las indicaciones del programa «The Management Standards for Work-related Stress», del Health and Safety Executive británico:

### 8.1. Demandas

#### 8.1.1. ¿Cuánto trabajo hay?

- Se debe asegurar que existen los recursos suficientes para hacer el trabajo asignado:
  - Si los recursos son insuficientes, se establecerán prioridades.
  - El personal debe tener la oportunidad de participar en el proceso de priorización.
  - Se deben cubrir las bajas.
  - Se ha de ajustar la organización del trabajo para afrontar los picos de trabajo (es necesario buscar el consenso con la plantilla).
- Si el personal tiene poco trabajo, se debe pensar en la posibilidad de darle más responsabilidad, asegurándose previamente de que tiene la formación necesaria.
- Se ha de buscar el equilibrio que asegure que el personal está interesado y ocupado, pero no con poco trabajo o con demasiado o con ideas poco claras sobre su trabajo.
- Es importante desarrollar planes de trabajo personal para asegurar que la plantilla sabe lo que significa su trabajo.

#### 8.1.2. ¿El personal, es capaz de hacer su trabajo?

##### 8.1.2.1. Formación y desarrollo

- El personal debe ser formado para que sea capaz de hacer su trabajo.
- Se han de implantar planes de formación y desarrollo que requieran que las personas identifiquen oportunidades de formación y desarrollo, que pueden ser discutidas con sus superiores.
- Se deben diseñar sistemas para mantener registros de formación actualizados que permitan asegurar que toda la plantilla tiene las competencias adecuadas y se siente cómoda con las funciones de su trabajo.

##### 8.1.2.2. Comunicación

- Se ha de animar al personal a comunicar a su superior lo antes posible que se siente desbordado.
- Se desarrollará un sistema para notificar a la plantilla plazos que se adelantan de manera imprevista y cualquier necesidad excepcional que requiera alargar la jornada de trabajo.
- Los superiores deben hablar regularmente con su equipo sobre los trabajos que se deben realizar, cosa que permite:
  - Ayudar a los superiores a entender los retos que afronta el equipo en cada momento y las presiones bajo las que se encuentran los trabajadores y trabajadoras.
  - Encontrar maneras de compartir el trabajo y acordar formas de trabajar en equipo.
  - Ganar cohesión de equipo y compromiso con el trabajo. El equipo puede ser más responsable si entiende qué debe suceder y cuándo. Asignar nuevos trabajos a un equipo que ya tiene mucha carga sin dar explicaciones no es bueno.
  - Asegurar que el personal y los representantes sindicales están de acuerdo con los sistemas de trabajo por turnos y que los turnos son justos en términos de carga de trabajo.
  - Ganar comprensión y compromiso en plazos exigentes, imprevistos y cualquier necesidad excepcional de alargar el horario de trabajo.

- Ayudar a gestionar ausencias inesperadas. Todo el mundo conoce las fases clave del proyecto y el rol de cada uno.
- Los superiores deben dar ejemplo.

### 8.1.3. *¿Cómo es el clima laboral?*

- Se debe evaluar el riesgo de violencia física o verbal. Estos problemas deben ser gestionados en colaboración con la plantilla y otros actores que puedan actuar (por ejemplo, la policía).
- Siempre que sea posible, el personal debe tener la oportunidad de cambiar la hora de entrada o salida para poder hacer frente a presiones extralaborales como el cuidado de las criaturas o los atascos de tráfico.
- Se proporcionará formación al personal para afrontar situaciones difíciles como algunas llamadas de teléfono o la agresividad del público.

## 8.2. Control sobre el trabajo

### 8.2.1. *¿El personal, tiene influencia sobre las decisiones?*

- Se proporcionará más control al personal permitiendo que la gente planifique su trabajo, tome sus decisiones sobre cómo se debe hacer el trabajo y cómo se han de abordar los problemas.
- Se debe asignar responsabilidades a los equipos para llevar proyectos adelante. Algunas posibilidades son las siguientes:
  - Discutir y definir los equipos al comienzo de los proyectos.
  - Acordar los objetivos y las metas.
  - Acordar las funciones de los miembros del equipo.
  - Acordar la ejecución de las actividades.
  - Acordar la provisión de apoyo de gestión (por ejemplo, a través de reuniones regulares para evaluar el progreso).
- Hablar sobre la manera de tomar las decisiones en la unidad. ¿Hay posibilidades de implicar más al equipo en el proyecto?

### 8.2.2. *¿Se están aprovechando adecuadamente las habilidades y capacidades de la plantilla?*

- Hay que enriquecer los trabajos asegurándose de que el personal puede utilizar varias habilidades para conseguir completar sus tareas y que puede entender cómo se integra su trabajo en los objetivos de la unidad.
- Hay que hablar sobre las habilidades de las personas y de si creen que son capaces de utilizarlas bien. Se puede preguntar cómo les gustaría, además de lo que ya hacen, utilizar sus habilidades.

### 8.2.3. *¿Cuánta supervisión se necesita realmente?*

- Siempre que sea posible, la supervisión debe limitarse a los resultados. Las reuniones regulares con la plantilla pueden aprovecharse para comprobar cómo van las cosas. En estas reuniones, los superiores pueden proporcionar consejo y apoyo cuando sea necesario y asegurar que el personal afronta adecuadamente el trabajo.

Un entorno de apoyo es crucial. Los trabajadores y trabajadoras necesitan saber que los superiores les apoyan, incluso cuando las cosas van mal o cuando se sienten incapaces de afrontar nuevas presiones.

### 8.3. Apoyo operativo

#### 8.3.1. ¿Los superiores, apoyan?

- Deben dar apoyo al personal, incluso cuando las cosas van mal.
- Deben animar a la plantilla a compartir sus preocupaciones sobre el estrés relacionado con el trabajo lo antes posible.
- Deben organizar reuniones de equipo para discutir las presiones sobre la unidad.
- Deben hablar regularmente con cada una de las personas de la unidad para identificar problemas o presiones.
- Deben valorar la diversidad, es decir, no pueden discriminar a las personas por razón de la raza, el sexo u otras razones irrelevantes.
- Deben buscar ejemplos sobre la forma en que le gustaría al equipo recibir buen apoyo de los superiores y de los colegas.
- Deben preguntar a los trabajadores y trabajadoras cómo les gustaría obtener su apoyo (política de puertas abiertas, reuniones regulares, reuniones cuando hay nuevas demandas...).

#### 8.3.2. ¿Cómo se gestiona el tiempo del equipo?

- Se debe fomentar un buen equilibrio entre el trabajo y la vida privada.
- El personal debe tomar las vacaciones que le corresponden y utilizar los tiempos asignados a comidas diarias.
- Hay que hablar sobre el riesgo potencial de estrés en el trabajo en las reuniones de equipo.
- Cuando sea posible, se debería dar flexibilidad horaria para facilitar la compaginación de la vida laboral y la vida privada.

#### 8.3.3. ¿Los superiores, escuchan a su personal?

- Los superiores deben escuchar a su personal y acordar planes de acción para abordar cualquier problema. Es importante para la plantilla sentir que su contribución al trabajo es valorada.
- Los superiores deben implicar al personal a la hora de identificar los problemas y trabajar para solucionarlos. El personal debe tener la oportunidad de contribuir.
- La empresa debe identificar maneras de proporcionar apoyo cuando alguien tiene problemas extralaborales.

#### 8.3.4. ¿Cómo se abordan las necesidades de los equipos?

- Se proporcionará a todo el personal la formación adecuada para realizar su trabajo.
- Se facilitará al nuevo personal la incorporación al equipo y a la empresa.
- Se debe tener en cuenta que las habilidades de las personas y las maneras como abordan el trabajo pueden ser diferentes.
- Se organizarán acciones individuales y de equipo para actualizar la formación y las competencias para realizar el trabajo.
- Se debe asegurar que el personal sabe priorizar o sabe buscar ayuda si tienen prioridades incompatibles.
- Se puede proporcionar formación para la gestión del tiempo, la priorización, la asertividad, etc.

### 8.4. Apoyo emocional

#### 8.4.1. ¿Cómo se gestionan las conductas inaceptables?

- Los superiores deben trabajar con el equipo para asegurar que no se producen conductas de acoso. Una manera de hacerlo es a través de procedimientos escritos con las sanciones correspondientes.
- De acuerdo con la plantilla y los representantes sindicales, se tienen que elaborar políticas para reducir o eliminar el riesgo de acoso.

- Se tienen que acordar e implantar procedimientos para prevenir o resolver rápidamente conflictos en el trabajo y comunicarlo a la plantilla.
- Se tienen que acordar e implantar sistemas confidenciales de notificación de las conductas inaceptables.
- Se tienen que difundir estas políticas y asegurar que la dirección las apoya.

#### 8.4.2. *¿Cómo funciona el equipo?*

- Los equipos deben estar constituidos por personas con las habilidades y la experiencia adecuadas.
- El personal debe tener formación para afrontar y neutralizar situaciones difíciles.
- El equipo debe poder discutir conjuntamente sobre la manera de construir relaciones positivas.
- Es bueno identificar maneras de celebrar los éxitos (por ejemplo, comidas informales, aperitivos...).

### 8.5. Roles

#### 8.5.1. *¿Hasta qué punto tiene claro su rol, el personal?*

- El personal debe tener claramente definido su rol, por ejemplo a través de un plan de trabajo que permita entender exactamente los roles y las responsabilidades de cada persona.
- El personal debe poder hablar con su superior lo antes posible si no tiene claras sus prioridades o la naturaleza de las tareas que hay que realizar.
- Los superiores deben hablar regularmente con el personal para asegurar que tiene claro en qué consiste y qué implica su trabajo, lo que se espera del personal y lo que el personal espera de sus superiores.
- En las reuniones de trabajo se deben clarificar los roles de cada persona y discutir cualquier conflicto de rol.
- Se deben mostrar los objetivos del equipo para ayudar a clarificar el papel de la unidad y de las personas que trabajan en ella.

#### 8.5.2. *¿Cómo se gestionan las nuevas incorporaciones de personas en el equipo?*

- Los superiores deben facilitar la incorporación de los nuevos miembros del equipo.
- Se debe asegurar que todos los miembros del equipo conocen el rol y las responsabilidades de las personas que se incorporan.
- Si se han producido cambios en la empresa, se debe asegurar que todos los miembros del equipo conozcan sus nuevos roles y se sientan cómodos.

#### 8.5.3. *¿La plantilla, entiende lo que se espera de ella?*

- Se acordarán estándares de actuación para los puestos de trabajo y tareas individuales y hay que revisarlos periódicamente.
- Se deben introducir planes de trabajo personales coherentes con los objetivos de la unidad.
- Se debe introducir y revisar la descripción de los puestos de trabajo para asegurar que las funciones centrales y las prioridades están claras.
- En las reuniones periódicas se asegurará que las personas tienen claras sus funciones y lo que está planificado para los próximos meses.

### 8.6. Cambios

#### 8.6.1. *¿El personal, entiende las razones del cambio?*

- Se debe asegurar que todo el personal sabe el porqué del cambio.
- Hay que explicar bien lo que la empresa quiere conseguir y por qué es importante el cambio. Es importante explicar el calendario de los cambios y cuáles van a ser las fases. El personal debe

conocer lo que significa el cambio en su actividad cotidiana y hay que identificar las necesidades de nueva formación.

- Se tienen que explicar las novedades rápidamente para evitar la difusión de rumores en la empresa. Si la empresa está planeando un gran cambio, es posible que la gente esté preocupada por la incertidumbre, por si tendrá que cambiar de puesto de trabajo o por si sus condiciones de trabajo cambiarán.
- Las explicaciones presenciales sobre los cambios son la mejor manera de trasladar la información sobre los cambios, pero hay otros medios, como la intranet o los documentos en papel, que pueden ser útiles.
- Es importante que los superiores tengan una política de puertas abiertas con su personal para hablar de las preocupaciones y sugerencias sobre la manera en que se ha de gestionar el cambio.

#### **8.6.2. ¿Se ha implicado el personal en los cambios?**

- Debe existir un sistema confidencial que permita al personal comentar y hacer preguntas antes, durante y después del cambio.
- El personal debe implicarse en discusiones sobre la forma en que se deberían cambiar los puestos de trabajo y a la hora de generar soluciones a los problemas.
- Es importante que el personal tenga el apoyo de los superiores durante los cambios.

#### **8.6.3. ¿Cómo se puede ayudar al personal que ha sido afectado negativamente por el cambio?**

- Se debe asegurar que el personal esté informado adecuadamente sobre el cambio de su puesto de trabajo.
- Se ha de ayudar a las personas que serán despedidas como consecuencia del cambio organizacional proporcionando las habilidades necesarias para encontrar un nuevo trabajo, por ejemplo ayudando a escribir el currículum vitae o preparándolas para las entrevistas de trabajo.
- Después del cambio, hay que pensar en la revisión de los objetivos de trabajo para evitar situaciones de ambigüedad y de conflicto de rol.
- Se debe revisar la evaluación de riesgos laborales para comprobar si algunos cambios, por ejemplo la reducción del personal, se han traducido en un incremento de riesgos laborales. Hay que tener en cuenta que los cambios sociales (por ejemplo, si se ha de trabajar con un grupo de personas diferente) pueden tener más impacto sobre las personas que los cambios tecnológicos o geográficos.

## 9. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

---

### 9.1. Técnicas generales

Aportan al individuo recursos generales para afrontar las situaciones estresantes, recursos que, además, están muy relacionados con hábitos de vida saludable: dieta equilibrada, ejercicio físico regular, actividades que proporcionen apoyo social, etc.

### 9.2. Técnicas específicas

Inciden en un ámbito concreto de intervención; las hay de tres tipos.

**9.2.1. Técnicas cognitivas:** inciden en la manera de percibir e interpretar los estímulos externos y/o internos. Por lo tanto, son intervenciones orientadas al cambio en los pensamientos deformados, que son los responsables de percibir las situaciones como amenazadoras. Las principales técnicas cognitivas son las siguientes:

- **Reestructuración cognitiva:** técnica que trabaja sobre los pensamientos negativos que están arraigados en los esquemas cognitivos del individuo (formados por experiencias pasadas, creencias previas, valores, expectativas, etc.) y que condicionan la aparición de respuestas de tipo conductual y emocional no apropiadas y contrarias al equilibrio personal.
- **Pensamiento creativo:** técnica que pretende facilitar que la mente discurra de manera ágil, abierta y clara, intentando forzar al máximo nuestro pensamiento. Con esta técnica, se pretende que, ante una situación que puede provocar estrés, el individuo no responda de manera automática, sin haber realizado un análisis completo de la situación, sino que sea capaz de decidir, de la manera más ágil posible, teniendo en cuenta todos los factores.
- **Detención del pensamiento:** técnica orientada al tratamiento de los pensamientos obsesivos y fóbicos, ya que son una serie de pensamientos repetitivos y extraños que no se adaptan a la realidad, que son improductivos y que generalmente producen ansiedad. Con el control de estos pensamientos, los niveles de estrés se pueden reducir considerablemente.

**9.2.2. Técnicas conductuales:** encaminadas a la modificación de las conductas desajustadas que el individuo tiene en situaciones estresantes. Las principales técnicas conductuales son las que siguen:

- **Resolución de problemas:** técnicas de afrontamiento dirigidas básicamente al problema, es decir, orientadas a modificar de forma activa la interacción del individuo con el entorno que provoca la amenaza o el estrés.
- **Adquisición de habilidades sociales:** técnica orientada a dotar al individuo de competencias sociales o conductas socialmente diestras, que son interpretadas de manera efectiva y satisfactoria tanto por el propio individuo como por el interlocutor.
- **Entrenamiento de la asertividad:** la manera de interaccionar con los demás puede convertirse en una fuente importante de estrés y ansiedad. Con el entrenamiento asertivo, se pretende reducir este estrés, enseñando a defender los derechos de cada persona a expresar los pensamientos, las emociones y las creencias de una manera directa y apropiada, sin agredir ni ser agredido.

**9.2.3. Técnicas fisiológicas:** inciden en las respuestas fisiológicas y/o emocionales que se generan en una situación estresante y que provocan malestar emocional y físico al trabajador o trabajadora. Las principales técnicas fisiológicas son las siguientes:

- **Relajación progresiva:** técnica orientada a reducir los síntomas fisiológicos y basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que conllevan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, al mismo tiempo, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y, en definitiva, las reacciones de tensión del individuo (ansiedad, inquietud, sudoración, ritmo cardíaco acelerado, dolor de cabeza, tensión muscular, etc.), que pueden desequilibrar el organismo y provocar situaciones incómodas y respuestas inadecuadas.
- **Control de la respiración:** técnica orientada a la práctica de una respiración correcta, ya que en situaciones de estrés la respiración se vuelve rápida y superficial. En estos casos, la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente, lo que provoca que la sangre no se oxigene y, en consecuencia, los productos de degradación de las células, que deberían expulsarse de la circulación, van intoxicando lentamente el organismo.
- **Relajación mental (meditación):** técnica orientada a la práctica de dirigir la atención sobre un aspecto concreto, dejando de lado aquellos aspectos que pueden generar situaciones de ansiedad en el individuo.

Hay que insistir en que no todas estas técnicas son adecuadas para todas las personas, ya que en situaciones estresantes cada individuo responde de una manera diferente. Esto conlleva que, previamente a cualquier intervención de tipo individual, se haya de realizar un diagnóstico de las situaciones problemáticas, y un análisis de las áreas en las que el trabajador o trabajadora presenta los principales déficits de afrontamiento y la magnitud que han adquirido, con el fin de aplicar el tipo de intervención más adecuado.

# ANEXO b

**Documentos relacionados con el proceso de elaboración de la guía**



## 10. EQUIPO DE TRABAJO DE LA GUÍA

---

**Lucía Artazcoz Lazcano.** Médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Técnica superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Imma Cortès Franch.** Médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Técnica superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Arantza Igartua Somolinos.** Psicóloga. Técnica superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Servei de Prevenció. Universitat Politècnica de Catalunya.

**Elena Juanola Pagès.** Médica especialista en medicina del trabajo. Técnica superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Centre de Seguretat i Salut Laboral. Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

**Carmen Ladona Calvo.** Pedagoga. Técnica superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Centre de Seguretat i Salut Laboral. Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

**Àlex Llonch García.** Sociólogo. Técnico superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Centre de Seguretat i Salut Laboral. Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

**Antoni Malé Riba.** Médico. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

**Albert Mariné Torrent.** Médico especialista en psiquiatría. Técnico superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Servei de Salut Laboral. Corporació Sanitària Parc Taulí.

**Emilia Molinero Ruíz.** Médica especialista en medicina del trabajo. Técnica superior de prevención de riesgos laborales, especialista en ergonomía y psicología. Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

### Coordinación

**Imma Cortès Franch.**

## 11. RECOMENDACIONES A PARTIR DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DELPHI EN PROFESIONALES SANITARIOS DE MEDICINA DEL TRABAJO

---

La guía incluye recomendaciones dirigidas a las necesidades y dificultades de los profesionales sanitarios de los SP, identificadas a partir de un estudio Delphi en una muestra de este colectivo. Las más importantes fueron la dificultad para determinar el origen laboral del trastorno de salud, la falta de protocolos para ser utilizados en la vigilancia de los trastornos de salud relacionados con los riesgos psicosociales y la falta de herramientas diagnósticas para evaluar y diagnosticar los efectos sobre la salud.

También se identificaron otras dificultades que no se han incorporado en el texto de la guía, ya que quedan fuera de su alcance, pero el grupo de trabajo recomienda a los agentes competentes que las estudien en profundidad para establecer las medidas necesarias que permitan superarlas; las más importantes son las siguientes:

- Falta de reconocimiento del riesgo psicosocial como riesgo laboral y de conciencia preventiva de este riesgo, así como poca flexibilidad para hacer cambios organizativos por parte de la empresa.
- Falta de tiempo para ejercer la actividad de vigilancia de la salud por parte de los profesionales de los SP ajenos.
- Falta de formación especializada de los profesionales sanitarios en riesgos psicosociales.

## 12. PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

---

El grupo de trabajo agradece la participación de las siguientes personas en la elaboración de esta guía:

**Adela Castillo Vázquez.** CCOO. Euresst Colectividades SA  
**Adelina Beneit.** Codorníu SA  
**Adolf Duran i Pérez.** ANAV CN Vandellòs II  
**Alba Marauri Gonzalez.** Sociedad de Prevención MAZ Seguridad Laboral SL  
**Alfonso Ayora Ayora.** Hospital Vall d'Hebron  
**Anna Bori Soucheiron.** ACSA AGBAR  
**Anna Isabel Ruyra.** Sorli Discau  
**Anna M. Jové Massó.** San Miguel  
**Antonio Cruces Naranjo.** CCOO. Codorníu  
**Beatriz Fonfria Novella.** MC Prevención  
**Carles Pujol.** Grup L'Aliança  
**Carlos Ballesteros.** Fraternitat  
**Carlos López Labay.** Solvay (Martorell)  
**Carme Micheo Salas.** Hospital de Bellvitge  
**Carme Parera Regaño.** MC Prevención  
**Dolors Benito Carreras.** Hospital de Palamós  
**Dolors Ibáñez.** ICAM. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya  
**Dolors Palomo Perelló.** Agència Catalana de l'Aigua  
**Elena Costa Farre.** Sociedad de Prevención MAZ Seguridad Laboral SL  
**Elisenda Sirvent Cararach.** Departament de Cultura i Mitjans de Comunicació. Generalitat de Catalunya  
**Fanny Feijoo.** El Corte Inglés  
**Faustino Martin Garcia.** SEAT  
**Ferran Ferre Forcadell.** TI Group Automotive Systems  
**Francesc Piñero.** PIMEC. Ascensors Jordà  
**Frederic Lanzaco Puig.** Tecnología en Prevención SLU - NexGrup  
**Gabriel Pérez Zambrana.** MC Prevención  
**Gemma Sala Prats.** CCOO. Escola Estel de Vic  
**Gemma Segarra.** USL de Reus  
**Genís Cervantes Ortega.** Consorci Sanitari de l'Alt Penedès  
**Ignacio Ferrer.** PIMEC. Tractel Ibérica SA  
**Ignacio Puig Hernández.** Volkswagen  
**Inmaculada Aguado.** ICAM. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya  
**Jesús Sabaté Fort.** BASF Española SL  
**Joaquín Alvira Lechuz.** BASF Española SL  
**Jordi Prades Roma.** CCOO. Ajuntament de Barcelona  
**Jordi Prat Riquelme.** Midat Mútua  
**José Vicente Monsonis Artero.** Ibermutuamur  
**Josep Amadeu Guardia Rocamora.** Carburos Metálicos  
**Josep Maria Haro.** Fundació Sant Joan de Déu  
**Josep Sala Pallas.** BASF Española SL  
**Juan Carlos Martínez Obón.** DAMM

*Lidia Navarro Blasco.* Hospital de Sant Pau  
*Lluís Desoi Guitard.* Prevemont  
*Lluís Gómez Roldan.* Nocicao SL - Grup Nutrexpa  
*Lluís Veciana.* ICESE Prevenció  
*Lluïsa Placencia Zarzoso.* Mútua Egara  
*M. de la Creu Colom i Pérez.* Departament de Política Territorial. Generalitat de Catalunya  
*M. Gràcia Borrell i Maynau.* INSS Girona  
*M. Pilar Varela Pérez.* Corporació Sanitària Clínic  
*Maite Benaiges Gangonells.* UGT. ICS  
*Maite Trepas de Ancos.* Endesa Girona  
*Mari Cruz Rodríguez Jareño.* MRM Sociedad de Prevención SLU  
*Maria Costa Cullel.* Telefonica Girona  
*Marisa Bonmatí i Guidonet.* Departament d'Agricultura, Alimentació i Acció Rural. Generalitat de Catalunya  
*Mercè Gabarro Vall.* UGT. Departament d'Interior. Generalitat de Catalunya  
*Miquel Vilardell i Ynaraja.* Consorci Hospitalari de Vic  
*Montserrat Closa Cañellas.* Boehringer Ingelheim España SA  
*Montserrat Cortijo Sardà.* EGARSAT Societat de Prevenció  
*Montserrat Puiggené.* USL de Lleida i Alt Pirineu i Aran  
*Nuria Martínez.* Universitat Autònoma de Barcelona  
*Nuria Serrano Romero.* MC Prevenció  
*Pere Ortiz Valls.* PIMEC. Ascensors Soler  
*Pere Plana.* Reckitt Benckiser  
*Pere Sanz.* SGS  
*Pilar Almagro.* PIMEC. Vertisub  
*Ramon Batalla Llordés.* Hospital de Figueres  
*Renee Vink Shoenholzer.* CAP Santa Eugènia (Berga)  
*Ricard Termens Buils.* Tecnologia en Prevenció  
*Rita Hernández Bernal.* NexGrup  
*Romina López Rodríguez.* PIMEC. Atlantida  
*Rosa Carreras Valls.* Institut d'Assistència Sanitària  
*Rosa M. Méndez Blanco.* Asepeyo  
*Rubén Suárez Tascón.* Sociedad de Prevención de Fremap  
*Silvia Parra.* ITSS  
*Susana González.* Grup Mútua Terrassa  
*Susana Serrano.* USL de Sabadell  
*Susanna Rubiol Vilalta.* Universitat Ramon Llull i Sico Consulting  
*Teresa Laviñeta Jaso.* SAT Sociedad de Prevención SLU  
*Toni Gallardo.* Institut Municipal d'Educació de Barcelona  
*Ventura Armengol.* ICAM. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya  
*Xavier Crespán.* ITSS  
*Xavier Gimbernat Maymí.* MAZ  
*Xavier Pérez Pueyo.* Nestlé España  
*Yolanda Cambray.* Fremap

## 13. CUESTIONARIO Y RESUMEN DE LA REVISIÓN EXTERNA

### 13.1. CUESTIONARIO DE REVISIÓN DE LA GUÍA DE BUENA PRAXIS EN RIESGOS PSICOSOCIALES

Revisor/a \_\_\_\_\_

Sociedad profesional \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Marque con una cruz la opción elegida en cada línea	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
1. ¿Los objetivos de la guía están descritos específicamente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. ¿Se contestan todas las preguntas abordadas por la guía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. ¿Está descrita de manera clara la definición del problema de salud?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. ¿Son útiles los instrumentos diagnósticos de los anexos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. ¿Son útiles las orientaciones sobre la identificación de los factores de riesgo psicosocial (texto y anexos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. ¿Son útiles las orientaciones sobre la determinación de relación con el trabajo del trastorno de salud?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. ¿Son útiles las orientaciones de los anexos sobre las intervenciones organizativas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. ¿Son útiles las orientaciones de los anexos sobre las técnicas de intervención individual?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. ¿Se incluyen los ámbitos principales de la vigilancia de los trastornos de salud relacionados con los riesgos psicosociales?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. ¿Las recomendaciones son específicas y sin ambigüedades?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. ¿Las principales recomendaciones que se realizan están apoyadas por evidencia científica?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Por favor, puntúe la aplicabilidad de esta guía (en una escala del 1 al 10) para los médicos y las médicas de los servicios de prevención en la práctica de la vigilancia de la salud				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

#### Comentarios adicionales

Por favor, haga todos los comentarios específicos, observaciones y sugerencias que crea oportunos para mejorar esta guía. Si no está de acuerdo con alguna de las recomendaciones, aporte los estudios que podrían modificarla con las referencias bibliográficas correspondientes.

## 13.2. RESUMEN DE LAS REVISIONES EFECTUADAS

Preguntas	Media (DE)	Intervalo
1. Objetivos	3,78 (0,44)	3-4
2. Preguntas	3,22 (0,44)	3-4
3. Definición de problema de salud	3,22 (0,44)	3-4
4. Instrumentos diagnósticos	3,13 (0,35)	3-4
5. Identificación de factores de riesgo	3,11 (0,60)	2-4
6. Relación con el trabajo	3,11 (0,60)	2-4
7. Intervenciones organizativas	3,13 (0,35)	3-4
8. Intervenciones individuales	2,75 (0,89)	2-4
9. Inclusión de ámbitos de vigilancia de la salud	3,33 (0,50)	3-4
10. Calidad de las recomendaciones	3,22 (0,67)	2-4
11. Recomendaciones con evidencia científica	3,33 (0,50)	3-4
12. Aplicabilidad	7,89 (0,60)	7-9

## 14. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En las preguntas siguientes, marque con una cruz la opción elegida.			
1. ¿Cree que la guía tiene un formato adecuado? Si ha contestado "Dudoso" o "No", ¿por qué?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dudoso 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
2. ¿Cree que el lenguaje utilizado en la guía es claro? Si ha contestado "Dudoso" o "No", ¿por qué?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dudoso 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
3. ¿Le parece que el gráfico para la toma de decisiones o algoritmo es fácil de entender? Si ha contestado "Dudoso" o "No", ¿por qué?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dudoso 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
4. ¿Le parece que el gráfico para la toma de decisiones o algoritmo es útil? Si ha contestado "Dudoso" o "No", ¿por qué?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dudoso 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
5. ¿Cree que la guía se adapta a las necesidades de los médicos y las médicas de los servicios de prevención? Si ha contestado "Dudoso" o "No", ¿por qué?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dudoso 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
6. En general, ¿considera que el diseño y el formato de la guía facilita su uso? Si ha contestado "Dudoso" o "No", ¿por qué?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dudoso 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
7. ¿Qué aspectos son los que más le han gustado de la guía?			
8. ¿Qué aspectos mejoraría de la guía?			
9. ¿Ha tenido ocasión de utilizar la guía durante estos días? Si es así, ¿en cuántas ocasiones?			
10. ¿Le ha resultado útil la guía durante los días que la ha utilizado?			
11. ¿Cree que en general la guía es útil para los médicos y las médicas de los servicios de prevención?			

Por favor, haga a continuación todos los comentarios específicos, observaciones y sugerencias que crea oportunos para mejorar esta guía.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## BIBLIOGRAFÍA

---

- 1 The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra: World Health Organization; 2001.
- 2 Paoli P, Merlié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
- 3 de Lange, AH, Aris TW, Kompier MAJ, Houtman ILD, Bongers PM. The very best of the millennium: longitudinal research and the demand-control-(support) model. *J Occup Health Psychol*. 2003; 8:282-305.
- 4 Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32(6):443-62.
- 5 Van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 2005; 60:1117-31.
- 6 Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1990; 264:2524-8.
- 7 Stewart WF, Ricci JA, Chee E; Hahn ER, Morganstein D. Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. *JAMA*. 2003; 289:3135-44.
- 8 Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Manninen P, Kaplan GA, Salonen JT. Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59:70-4.
- 9 Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. El paper dels professionals sanitaris de medicina del treball dels serveis de prevenció davant la incapacitat temporal. Document de posicionament de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2006; 9:199-204.
- 10 Igartúa A, Juanola E, Mariné A, Molinero E. Identificació de les necessitats i dificultats per atendre adequadament els casos de treballadors i treballadores amb trastorns de salut mental que atribueixen a les condicions laborals. Resultats Delphi. Barcelona: Grup de treball de la Guia de bona praxi en riscos psicosocials; 2006.
- 11 Ormel J, Von Korff M, Van Den Brink W, Katon W, Brilman E, Oldehinkel T. Depression, anxiety and social disability show synchrony of change in primary care. *Am J Public Health*. 1993; 83(3):385- 90.
- 12 Beach J, Watt D. General practitioners and occupational health professionals. Consensus statement to improve interaction is timely and welcome. *BMJ*. 2003; 327:302-3.
- 13 Glazier N. Mental ill health and fitness for work. *Occup Environ Med*. 2002; 59(10):714-20.
- 14 Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12):445-51.
- 15 Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS; 1995.
- 16 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psicol*. 2001; 52:397-422.
- 17 Schaufeli W. Burnout. *Stress in Health Professionals*. Wiley: Ed J Firth-Cozens; 1999.
- 18 Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory: General Survey. A: C. Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter. *Maslach Burnout Inventory manual (3ª ed.)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996.
- 19 Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford: Oxford University Press; 1972.



- 20 Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing; 1978.
- 21 Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stafford EM, Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*. 1980; 53:187-94.
- 22 Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de DG Goldberg (un método de identificación de casos psiquiátricos en la comunidad). *Archivos Neurobiol*. 1979; 42(2):139-58.
- 23 Baca Baldomero, E., Sáiz Ruiz, J. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. *Med Clin*. 2001; 116(13):504-9.
- 24 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press Inc; 1996.
- 25 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 (Suppl 20):22-33.
- 26 Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Adaptada de: Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. (Hôpital de la Salpêtrière). Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H, Knapp E., Sheehan M (University of South Florida). Madrid: Instituto IAP; 1998.
- 27 Buijs PC, Franck JH, van Dijk FJH, Evers M, vd Klink JJL, Anema H. Managing work-related psychological complaints by general practitioners, in coordination with occupational physicians: a pilot study. *Ind Health*. 2007; 45:37-43.
- 28 Anema H, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van der Berg R. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil*. 2006; 16(1):41-52.
- 29 Comisión de las Comunidades Europeas. Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006). Bruselas: COM; 2002.
- 30 Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books; 1990.
- 31 Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychology*. 1996; 1:27-43.
- 32 Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J, Peter R, Belkic K, Savic C, Schnall P, Landsbergis P. Stressors at the workplace: theoretical models. *Occup Med*. 2000; 15(1):69-106.
- 33 Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*. 2003; 60:3-9.
- 34 Hirigoyen MF. El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona: Paidós; 2001.
- 35 Leymann H, Gustaffson A. Mobbing and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5(29):251-76.
- 36 Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors and Job content, social work environment, and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5(2):215-37.

- 37 Niedhammer I, David S, Degioanni S, 143 Médecins du travail. The French version of the Leymann's questionnaire on workplace bullying: the Leymann Inventory of Psychological Terror (LIPT). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2006; 54(3):245-62.
- 38 Bhui K, Stansfeld S, McKenzie K, Karlsen S, Nazroo J, Weich S. Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2005; 3:496-501.
- 39 Hochschild AR. *The Managed Heart. The Commercialisation of Human Feeling*. Los Angeles, CA: University of California Press; 1983.
- 40 Nogareda C, Gracia E, Martínez IM, Salanova M. NTP N° 720. *El trabajo emocional: concepto y prevención*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- 41 Rick J, Briner RB, Daniels K, Perryman S, Guppy A. Report CRR 356/2001. *A critical review of psychosocial hazard measures*. London: Health and Safety Executive; 2001.
- 42 Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. *Manual per a la identificació i avaluació de riscos laborals*. Barcelona 2006. [Acceso 6 junio 2008]. Disponible en: [http://www.gencat.cat/treball/departament/activitat/publicacions/seguretat\\_salut\\_laboral/manuals/manual\\_riscos/index.html](http://www.gencat.cat/treball/departament/activitat/publicacions/seguretat_salut_laboral/manuals/manual_riscos/index.html).
- 43 *Making the stress Management Standards work. How to apply the Standards in your workplace*. London: Health and Safety Executive; 2005. [Acceso 9 octubre 2007]. Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/index.htm>.
- 44 Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21 COPSOQ: versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2005; 8(1):18-29.
- 45 E. Pascual, V. Perez-Jover, E. Mirambell, G. Ivañez, M.C. Terol. Job Conditions, Coping and Wellness/Health Outcomes in Spanish Secondary School Teachers. *Psychology and Health*. 2003; 18(4):511-21.
- 46 Macías Robles MD, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Cueto-Espinar A, Rancaño I, Siegrist J. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo «Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa». *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(17):652-7.
- 47 Eurogip. *Work related mental disorders: what recognition in Europe?*. París: European Forum of Insurances against Accidents at Work and Occupational Diseases; 2004.
- 48 Cole DC, Ibrahim S, Shannon HS, Scott FE, Eyles J. Work and life stressors and psychological distress in the Canadian working population: a structural equation modelling approach to analysis of the 1994 National Population Health Survey. *Chronic Dis Can*. 2002; 23(3):91-9.
- 49 Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 108(Suppl 418):61-6.
- 50 Dohrenwend BP. Inventorying Stressful Life Events as Risk Factors for Psychopathology: Toward Resolution of the Problem of Intracategory Variability. *Psychol Bull*. 2006; 132(3):477-95.
- 51 Paykel ES. The evolution of live events research in psychiatry. *J Affect Dis*. 2001; 62:141-9.
- 52 Fernández A, González MA, Lasa A. Valoración de acontecimientos vitales recientes: revisión de escalas para uso clínico e investigación. *Psiquis*. 1996; 17(5):238-44.
- 53 Castillón Zazurca JJ, Campo López C, Linares Fernández JL, Pericay Hosta JM, Tejedor Azpeitia MC. Elaboración de un cuestionario de cambios vitales adaptado a la población española. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1984; 12(1):17-26.
- 54 Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scaling of Life Events. *Arch Gen Psychiat*. 1971; 25:340-7.
- 55 Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967; 11:213-8.

- 56 Faravelli C, Catena M, Scarpato A, Ricca V. Epidemiology of Live events: life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychother Psychosom.* 2007; 76:361-8.
- 57 Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Lillrank B, Kevin M. Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: Longitudinal cohort study on psychological and behavioural links. *Psychosom Med.* 2002; 64:817-25.
- 58 Kalman C. Report of a system for diagnosis, categorizing and recording occupational mental illhealth. *Occup Med.* 2004; 54:464-8.
- 59 Real Decreto Legislativo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. RDL N° 1/1994 (20 junio 1994).
- 60 Organización Mundial de la Salud. Informe Técnico N° 714. Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1985.
- 61 Seymour L, Grove B. Workplace interventions for people with common mental health problems: evidence review and recommendations. London (UK): British Occupational Health Research Foundation (BOHRF); 2005.
- 62 Mental Health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organisation, International Labour Organisation; 2000.
- 63 Kiecolt-Glaser JK, McGuire L. Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psychol.* 2002; 70(3):537-47.
- 64 Park BS. Factors influencing psoriasis: an analysis based upon the extent of involvement and clinical type. *J Dermatol.* 1998; 25(2):97-102.
- 65 Drossman DA. Presidential address: Gastrointestinal illness and biopsychosocial model. *Psychosom Med.* 1998; 60(3):258-67.
- 66 Smith JM. Daily psychosocial factors predict levels and diurnal cycles of asthma and peak flow. *J Behav Med.* 1999; 22(2):179-93.
- 67 Grupo de Trabajo sobre las competencias profesionales de los médicos del trabajo. Las competencias profesionales de los médicos del trabajo. Barcelona: Cyclops; 2003 [Acceso 10 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.upf.edu/cexs/mir/mt/fitxers/compet.pdf>.
- 68 Work-related stress. London: Health & Safety Executive [Acceso 7 noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/stress/>.
- 69 Acuerdo entre la UPV/EHU y las organizaciones sindicales representativas en la UPV/EHU sobre prevención y solución de quejas en materia de acoso. Universidad del País Vasco [Acceso 21 enero 2008]. Disponible en: <http://contenidos.universia.es/especiales/mobbing/protocolos-actuacion/pdf/acoso.pdf>.
- 70 Barco Herrero J, Igartua Somolinos A. Risc psicosocial i gestió de conflictes. Protocol de gestió de casos. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya, Servei de Prevenció de Riscos Laborals [Acceso 6 febrero 2008]. Disponible en: <http://www.upc.edu/web/prevencio/>.
- 71 Cortès I, Viladrich A. Protocol de l'Agència de Salut Pública per a la prevenció i gestió de conductes hostils. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2006.
- 72 Mariné A. Implantación de una política de prevención del acoso moral en un centro sanitario. Proceedings of the Conference on Occupational Risk Prevention 2004.
- 73 Garcia R, Barbé E, Betriu N, Casas I, Castellà M, Company A et al. Risc Psicosocial. Barcelona: Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Institut Català de la Salut.
- 74 Convenio colectivo sobre prevención y solución de reclamaciones en materia de acoso entre la Oficina Internacional del Trabajo y el Sindicato de la OIT [Acceso 11 enero 2008]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/staffun/docs/harassment.htm>.

- 75 Levi L. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el «beso de la muerte»? Bruselas: Comisión Europea. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Unidad D.6; 1999.
- 76 Briner, B, Reynolds, S. The cost, benefits and limitations of organizational level stress interventions. *Journal of Organizational Behaviour*. 1999; 20:647-64.
- 77 Bellarosa C, Chen P. The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions: a survey of subject matter expert opinions. *J Occup Health Psychol*. 1997; 2(3):247-62.
- 78 Mariné A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 18(4):CD002892.
- 79 Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
- 80 Sauter S, Murphy L, Colligan M, Swanson N, Hurrell J, Scharf F et al. Stress at work. Publications dissemination N° 99-101. Cincinnati, OH: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health; 1999.
- 81 How to organise and run focus groups. London: Health and Safety Executive [accedit 19 noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/focusgroups.pdf>.
- 82 Karasek R. Stress prevention through work reorganisation: a summary of 19 international case studies. En: *Conditions of Work Digest*; Preventing stress at work. Geneva: International Labour Organisation; 1992,11(2): 23-42.
- 83 Making the stress Management Standards work. How to apply the Standards in your workplace. London: Health and Safety Executive [Acceso 19 noviembre 2007]. Disponible en <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/before.htm>.
- 84 Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2003.
- 85 Workplace interventions for people with common mental health problems: evidence review and recommendations. London: British Occupational Health Research Foundation; 2005.
- 86 van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*. 2001; 91(2):270-6.
- 87 D Meichenbaum. Stress inoculation: a preventive approach. *Issues Ment Health Nurs*. 1985; 7(1-4):419-35.
- 88 Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med*. 2003; 60(1):10-5.
- 89 van der Hek H, Plomp HN. Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occup Med (Lond)*. 1997; 47(3):133-41.
- 90 Rokach A. Palliat Support Care. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. 2005; 3(4):325-32.
- 91 de Castro AB, Agnew J, Fitzgerald ST. Emotional labor: relevant theory for occupational health practice in post-industrial America. *AAOHN J*. 2004; 52(3):109-15.
- 92 Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hannigan B. Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000; 7(1):7-14.
- 93 Udasin IG. Health care workers. *Prim Care*. 2000; 27(4):1079-102.
- 94 Kawakami N, Haratani T. Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. *Ind Health*. 1999; 37(2):174-86.

- 95 Söderfeldt B, Söderfeldt M, Muntaner C, O.Campo P, Warg LE, Ohlson CG. Psychosocial work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demandcontrol model. *Soc Sci Med.* 1996 May; 42(9):1217-26.
- 96 Gil-Monte PR. Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública Mex.* 2002; 44(1):33-40.
- 97 Bresó Esteve E, Salanova M, Schaufeli W, Nogareda C. NTP N° 732. Síndrome de estar quemado por el trabajo «Burnout» (III): Instrumento de medición. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- 98 Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(1):1-8.
- 99 Moreno B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria.* 2006; 38(10):544-9.
- 100 González de Rivera JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis.* 1983; 4(1):7-11.
- 101 San Emeterio M, Aymerich M, Faus G, Guillamón I, Illa JM, Lalucat LI, Martínez C, Sánchez I, Teixidó M. Guia de pràctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrenia. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2003 [Acceso 22 noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp0301caex.pdf>.
- 102 Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/manual/apartado08/implementacion.html>.
- 103 Caruso CC, Hitchcock EM, Dick RB, Russo JM, Schmit JM. Overtime and extended work shifts: recent findings on illnesses, injuries, and health behaviors. Cincinnati (OH): US Department of Health and Human Services (DHHS), Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH); 2004. DHHS (NIOSH) report no 2004-143.
- 104 Härrma M. Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32(6):502-14.
- 105 Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL. Health and safety problems associated with long working hours: a review of the current position. *Occup Environ Med.* 1997; 54(6):367-75.
- 106 van der Hulst M. Long workhours and health. *Scand J Work Environ Health.* 2003; 29(3):171-88.
- 107 Johnson J, Lipscomb J. Long Working Hours, Occupational Health and the Changing Nature of Work Organization. *Am J Ind Med.* 2006; 49:921-9.
- 108 Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escrivà V, Cascant L. A gender perspective in the analysis of the relationship between long working hours, health and health-related behaviours. *Scand J Work Environ Health.* 2007; 33(5):344-50.
- 109 Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occup Environ Med.* 2001; 58:68-72.
- 110 Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 1996; 5(29):165-84.
- 111 Grandey AA. Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol.* 2000; 5(1):95-110.