

# SALUD MENTAL Y TRABAJO

**José Rodolfo Ochoa Muñoz**  
**Docente**

# 1. EL TRABAJO COMO CONDICIÓN FAVORECEDORA O LESIVA DE LA SALUD MENTAL

*La salud mental es una calidad de la actividad vital del hombre. Es el reflejo subjetivo de las relaciones de intercambio (cambios mutuos) del hombre con su medio, ambiente a la vez natural y social, en el cual desarrolla su actividad transformando la realidad y transformándose a sí mismo.*

*S. Berman escribe la define del siguiente modo:*

*“Podría decirse que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo, como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad”.*

*Y, por su parte, Pichon-Rivière, con diferentes palabras, ofrece también un contexto relacional entre el sujeto y el ambiente:*

*“La salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social”.*

*Bermann y Pichon-Rivière, caracterizan la salud mental como una relación dinámica y transformadora, de la realidad y de sí, entre el sujeto y el medio en el cual actúa y satisface o no sus necesidades.*

Bermann, S. *El estudio de la salud mental en relación con el trabajo*. En: Laurell, A.C. **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. Serie Paltex, Salud y sociedad 2000, N° 3, OPS, Bogotá, 1993.

Pichon-Rivière, F. *Instituciones de salud mental en la Argentina*. En: Varios. *Los libros*, N° 34, Buenos Aires, 1971.

O. Betancourt escribe:

*“La reserva funcional del ser humano es muy grande, es por eso que en las personas que trabajan puede estar afectado cualquier órgano sin que se encuentren todavía manifestaciones de enfermedad, además, cuando se encuentra todo el cortejo sintomático como para definir la presencia de cualquier enfermedad del trabajo, la situación puede ser irreversible”.*

Betancourt, O. *Para la enseñanza e investigación de la salud y la seguridad en el trabajo*. FUNDSAP-OPS/OMS. 1999. Quito.

## 2. SÍNTOMAS INICIALES DE DEFICIENCIAS DE LA SALUD

*Entre ellos pueden mencionarse:*

- *Cognitivos: Dificultades en la concentración y distribución de la atención, deficiencias discretas en la memoria a corto plazo, operativa.*
- *Emocional-afectivos: Ansiedad, irritabilidad ocasional, formas leves de depresión.*
- *Conativos: Fatigabilidad, disminución u oscilaciones de la capacidad de trabajo, trastornos del sueño, adicciones.*
- *Psicosomáticos: Dolores difusos, cefaleas, dispepsia, palpitaciones, arritmias, disnea y otros.*

### 3. PERFILES PREPATOLÓGICOS

#### 3.1. ESTRÉS

*Hans Selye distinguió tres fases de esta reacción:*

*Reacción de alarma, movilización de defensas*

*Resistencia, adaptación del organismo*

*Agotamiento, se produce si el agente es capaz de anular los mecanismos de lucha del organismo*

*Las reacciones de estrés pueden desarrollarse en diversos grados. Los siguientes han sido descritos para añadir una calificación de la magnitud de las mismas:*

*Grado 1: Gran impulso para actuar, alta atención y energía para actuar*

*Grado 2: Cansancio al levantarse, tensión muscular en la espalda y cuello, fatiga*

*Grado 3: Fatiga, trastornos digestivos y sensación de tensión acentuados, problemas del sueño*

*Grado 4: Sensación de incapacidad de terminar el día, disminuye capacidad de reaccionar*

*Grado 5: Fatiga extrema, dificultad para hacer tareas sencillas, aumento de temores*

*Grado 6: Palpitaciones, respiración forzada, sudor exagerado, energía apenas suficiente para tareas sencillas*

*Como puede apreciarse, el estrés puede asociarse a otro cuadro que veremos de inmediato, la fatiga.*

### **3. 2. FATIGA**

*Es un efecto común a todas las actividades que requieren esfuerzo y tensión. Afecta preferentemente a un conjunto de órganos o al organismo en su totalidad. Posee una función protectora sobre el organismo y sobre el sistema nervioso en particular*

*Sus signos objetivos son los siguientes:*

- *Disminución sistemática cuantitativa y cualitativa de la capacidad de trabajo del individuo, o sus oscilaciones.*
- *Aumento de los fallos.*
- *Disminución de la atención*
- *Retardo de la ejecución de las operaciones y tareas*
- *Incremento de la frecuencia y duración de las pausas autoprovocadas y de las comunicaciones con otros, cuando son posibles.*

*Usualmente las personas aquejadas de fatiga manifiestan los siguientes síntomas:*

- *Sentimiento de cansancio (fatigabilidad aumentada),*
- *Dolores musculares*
- *Cefalea*
- *Sensación de “embotamiento” intelectual.*

### 3.3. SÍNDROME DE AGOTAMIENTO CRÓNICO

*El Síndrome de agotamiento crónico ha sido propuesto por la Health Care Policy and Research. Se caracteriza por una sensación de cansancio crónica no debida a afecciones físicas o mentales subyacentes e identificables. Es decir, se instala sin antecedentes patológicos personales ni causa aparente.*

*Según los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades en Estados Unidos, la sensación de cansancio debe cumplir los siguientes requisitos:*

- *Ser de aparición reciente*
- *Acompañarse de una reducción mínima del 50% de la actividad normal*
- *Haber tenido una duración no menor a 6 meses*
- *Ausencia de antecedentes patológicos personales que lo expliquen*
- *Alteraciones cognitivas como dificultades en la concentración de la atención*

U.S.A. Agency for Health Care Policy and Research. Chronic fatigue syndrome uncommon in primary care practice. *Research Activities*. 1994; 173:10-11  
Oficina Sanitaria Panamericana. El síndrome de agotamiento crónico (SAC). *Boletín de la OSP*. Julio de 1994. Vol. 117, N° 1, pp. 58-59.

### **3.4. MONOTONÍA**

*La monotonía es un estado de actividad disminuída relativamente pasajero, temporal, caracterizado por sentimientos de aburrimiento, apatía, indiferencia y retardo de la conducta reactiva, abulia e inclusive estados hipnoides.*

*Otras condiciones que pueden propiciar el surgimiento de la monotonía son la falta de estimulación sensorial, los ruidos rítmicos de intensidad media o baja y las limitaciones de movimientos y desplazamientos corporales.*

*Entre los signos objetivos que pueden detectarse en la persona que experimenta monotonía se encuentran: disminución de la frecuencia cardíaca, disminución del consumo de oxígeno, tono muscular también disminuído y el aumento de la frecuencia de errores en la ejecución de las tareas.*

### **3.5. HASTÍO O SATURACIÓN**

*El Hastío o Saturación psíquica se caracteriza por un estado de tensión molesta, irritante, desagradable, inquieta, que se manifiesta además en aversión creciente frente a una actividad determinada aun antes de ejecutarla. También se asocia a la falta de motivación, la sobrecarga emocional y posturas defensivas respecto al trabajo.*



### ***Tabla 6.1 Diferenciación entre diversas consecuencias negativas de la tensión mental***

Richter, P. Mental fatigue. Vol. 1 - Pages 29.1-29.101, Tabla 29.4. En: International Labour Office. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety - 4th Edition. 1997

Crterios	Estrés	Fatiga mental	Monotonía	Saturación
Condición clave	Metas percibidas como amenazas	Escasa aptitud en términos de precondiciones de sobredemandas	Escasa aptitud en términos de precondiciones de subdemandas	Pérdida del sentido percibido de las tareas
Estado de ánimo	Ansiedad, amenaza, aversión	Cansancio sin aburrimiento	Cansancio con aburrimiento	Irritabilidad
Evaluación emocional	Ansiedad incrementada	Neutral	Neutral	Aversión afectiva incrementada
Activación	Incrementada	Continuamente decrecida	No continuamente decrecida	Incrementada
Recuperación	A largo plazo, perturbaciones en la recuperación	Consumo de tiempo	Repentina después de alternar la tarea	?
Prevención	Rediseño del trabajo, manejo de conflictos y del estrés	Entrenamiento en diseño de tareas, sistema de pausas breves	Enriquecimiento del contenido de trabajo	Programas de establecimiento de metas y enriquecimiento del trabajo

### **3.6. SÍNDROME DE SOBREDEMANDA**

*Estado general que se caracteriza por sentimientos de incompetencia e incapacidad en ocasiones a niveles de funcionamiento neurótico ante la obligación de dar cumplimiento a elevadas demandas o exigencias del trabajo.*

### **3.7. BURNOUT**

*El burnout constituye una respuesta a la tensión emocional crónica que ha sido preferentemente estudiada en personal de servicios humanos; es decir, docentes, policías, profesionales de la salud, abogados, y otros similares. Originalmente fue descrito por Herbert Freudenberger un psicoanalista de orientación clínica . Él refirió haberlo descubierto sobre sí mismo y luego sobre su personal de trabajo.*

- Agotamiento emocional: Sentimientos de agotamiento por el contacto con otras personas y las demandas emocionales resultantes de esta interacción.*
- Despersonalización: Respuestas emocional aplanadas hacia las personas a las que se presta un servicio*
- Descenso de la productividad: Disminución de los sentimientos de logro y éxito en el trabajo*

### **3.8. KAROSHI**

*Karoshi es una palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo. Este fenómeno fue identificado inicialmente en Japón. El primer caso, diagnosticado como "muerte súbita ocupacional" fue reportado en 1969 con la muerte de un trabajador de 29 años de un departamento de embarque de uno de los periódicos de mayor distribución de ese país. En 1978, T. Uehata, reportó 17 casos en la 51 Reunión Anual de la Asociación Japonesa de Salud Industrial, de los cuales solo siete casos recibieron compensación por considerarla enfermedad profesional. Ello condujo a la organización de un Consejo Nacional de Defensa para las Víctimas del Karoshi.*

#### **3.8.1. CAUSAS MÉDICAS DE LA MUERTE SÚBITA**

*Las principales causas médicas de las muertes súbitas que se han identificado por exceso de trabajo o Karoshi han sido:*

- Ataques cardíacos*
- Hemorragias subaracnoideas*
- Hemorragias cerebrales*
- Trombosis o infarto cerebral*
- Infarto de miocardio*
- Fallo cardíaco*

### **3.9. HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO LABORAL (MOBBING)**

*Las relaciones interpersonales en la organización laboral pueden ser un factor generador de malestar en determinadas personas. Cuando hablamos de Hostigamiento psicológico laboral – expresión que preferimos por considerarla más ilustrativa –, en lengua inglesa mobbing, y traducido también como “actuaciones hostiles continuadas” o “psicoterror laboral” nos referimos a un conjunto de acciones sistemáticamente realizadas, con manifiesta intención de afectar el bienestar y enfocadas sobre un individuo o grupo de individuos en la organización laboral a fin de ocasionar molestia.  
**Ver ley 1010 de 2006***

*La siguiente relación de conductas concretas de HPL que exponen López García Silva y Camps del Saz (obra citada) ilustra condiciones específicas que pueden encontrarse en los medios laborales:*

- Ataques a la víctima con medidas organizacionales*
- El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar*
- Cambiar la ubicación de una persona separándola de sus compañeros*
- Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada*
- Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia*
- Juzgar de manera ofensiva el desempeño de una persona*
- Cuestionar las decisiones de una persona*
- Asignar tareas sin sentido*
- Asignar a una persona tareas muy por debajo de su formación o capacidad*
- Asignar tareas con intención de humillar*
- Ataques a las relaciones sociales de la víctima, con aislamiento social*
- Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona*
- Rehusar la comunicación con una persona a través de gestos y miradas*
- Rehusar la comunicación directa con el afectado*
- No dirigirle la palabra al afectado*
- Tratar a una persona como si no existiera (ignorarla radicalmente) sigue....*

- *Ataques a la vida privada de la víctima*
- *Críticas a la vida privada de la persona*
- *Terror telefónico*
- *Hacer parecer estúpida a una persona*
- *Dar a entender a una persona que tiene problemas psicológicos*
- *Mofarse de las discapacidades de la persona afectada*
- *Ataques a las actitudes de la víctima*
- *Ataques a las actitudes y creencias políticas*
- *Ataques a las actitudes y creencias religiosas o éticas*
- *Mofarse de la nacionalidad de la persona*
- *Agresiones verbales*
- *Gritar o insultar*
- *Críticas permanentes de la persona afectada*
- *Amenazas verbales*
- *Rumores*
- *Hablar mal a espaldas de la persona afectada*
- *Difundir rumores varios contra la persona afectada, sean ciertos o no*

### 3.9.2. EFECTOS INDIVIDUALES

Los efectos de la acción sistemática y continuada de los anteriores comportamientos sobre la esfera psíquica y el comportamiento de la persona afectada son diversos. Leymann los ha agrupado sobre la base de estudios factoriales en los siguientes, que tomamos de López García Silva y Camps del Saz: <sup>[1]</sup>

<sup>[1]</sup> López García Silva J.A.; Camps del Saz P. Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. *Mapfre Medicina*. 1999, vol. 10, nº 4.

Grupo 1	Trastornos de la memoria	
	Dificultades de concentración	
	Depresión, estado de ánimo bajo	
	Apatía. Falta de iniciativa	
	Irritabilidad	
	Cansancio	
	Agresividad	
	Sentimientos de inseguridad	
	Sensibilidad elevada a las dificultades	
	Grupo 2	Pesadillas
Grupo 2	Diarreas	
	Dolor abdominal o epigástrico	
	Vómitos	
	Sentimientos de enfermedad	
	Pérdida del apetito	
	Llanto espontáneo	
	Soledad	
	Nudo en la garganta	
	Grupo 3	Dolor torácico
	Grupo 3	Sudoración
Sequedad en la boca		
Palpitaciones		
Respiración entrecortada		
Rubicundez		
Grupo 4	Dolor de espalda	
	Dolor cervical	
	Dolor muscular	
Grupo 5	Dificultad para conciliar el sueño	
	Interrupciones del sueño	
	Sueño ligero	
Grupo 6	Debilidad muscular en las piernas	
	Debilidad generalizada	
Grupo 7	Temblores	
	Mareos, vahídos, desvanecimientos	

#### 4. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON EL TRABAJO

*Los trastornos psiquiátricos han sido escasamente vinculados con la vida laboral, entendiendo por aquellos los que son reconocidos por las clasificaciones de los trastornos mentales, y los que suelen ser abordados por los textos de psiquiatría clínica. Ello no quiere decir que los mismos carezcan de relación con el trabajo. Sin embargo, a veces este nexo es subestimado. En ello puede incidir la usualmente escasa formación de los clínicos de la salud mental, psiquiatras y psicólogos en general en temas de salud ocupacional o Salud de los Trabajadores. Mas no debe subestimarse que a su vez, los especialistas en Salud de los Trabajadores a tal punto pueden priorizar la orientación preventiva de su labor profesional, que subestiman el aporte que deben realizar a la clínica de los trastornos mentales.*



#### **4.1. CLASIFICADORES ACTUALES. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

*En la actualidad, los manuales de clasificación de la OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana los más difundidos entre los especialistas que se dedican a la clínica de los trastornos mentales. En sus últimas ediciones se ha llegado a una conciliación amplia de las categorías diagnósticas y su expresión. Esto, indudablemente favorece la comunicación entre los especialistas.*

*En el presente texto no abordaremos, claro está, todos los tipos de afecciones que de algún modo se relacionan con el trabajo. Por ejemplo, solo haremos una referencia a la psicosis. Nos excusamos de tratar los trastornos de la personalidad, no porque no estén presentes sus portadores en los ámbitos laborales, por el contrario, lo están con suma frecuencia, pero la contribución de los factores laborales a su aparición no se encuentra definida y probablemente no tenga lugar, salvo casos muy específicos.*

## **4.2. LA EVALUACIÓN MULTIAXIAL Y LA VIDA LABORAL**

*A los fines de facilitar una evaluación integral de los trastornos mentales, las enfermedades médicas (en este caso no mentales), de los problemas psicosociales y ambientales, así como del nivel de actividad que exhibe el sujeto en el momento en que es examinado, se emplea la llamada evaluación multiaxial. El DSM-IV la considera una expresión del modelo bio-psico-social.*

*Consta de cinco ejes, en los cuales el especialista deberá pronunciarse. Estos son:*

*Eje I : Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.*

*Eje II : Trastornos de la personalidad*

*Eje III : Enfermedades médicas*

*Eje IV : Problemas psicosociales y ambientales*

*Eje V : Evaluación de la actividad global*

*El Eje IV reviste una gran importancia para la valoración de las condiciones de trabajo en su relación con el origen y curso del trastorno. Este eje está destinado a registrar problemas que condicionan el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales. Estos, generalmente, asumen la forma de eventos negativos, pero es posible en determinadas circunstancias que un evento positivo pueda conducir a problemas de adaptación, preocupaciones por otros, etc. Estos problemas del mismo modo que pueden generar un trastorno mental, pueden exacerbar alguno previamente existente, o además, pueden ellos mismos aparecer como una consecuencia precisamente de trastornos mentales preexistentes. Todos ellos deben ser tenidos en cuenta por el especialista. La clasificación que se emplea de los problemas psicosociales concede una categoría especial para los problemas relacionados con el trabajo, pero otros problemas pueden tener también una relación con la profesión, como la pérdida del empleo y los problemas familiares y económicos. Esta clasificación incluye:*

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo*
- Problemas relativos al ambiente social*
- Problemas relativos a la enseñanza*
- Problemas laborales (desempleo, trabajo estresante, condiciones laborales inadecuadas, cambio de trabajo, conflictos en las relaciones laborales, inseguridad laboral, entre otros)*
- Problemas de vivienda*
- Problemas económicos*
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria*
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen*
- Otros problemas psicosociales y ambientales*

### ***4.3. PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS CON EL TRABAJO***

### **4.3.1. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS**

*Los medios laborales son en la actualidad atacados por la constante irrupción de sustancias tóxicas que afectan funcionalmente el sistema nervioso, lo cual determina la aparición de síntomas y signos de alteraciones de la salud mental. Se calcula que más de 5000 nuevas sustancias se introducen en los ambientes de trabajo cada año sin que existan suficientes estudios acerca de su potencial nocivo para la salud humana.*

#### **4.3.1.1. CRITERIOS**

*Los siguientes criterios son empleados para valorar la presencia de trastornos mentales por intoxicación de sustancias. Su aplicación específica al medio laboral no los excluye, obviamente*

*Criterio A: Aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (o exposición).*

*Criterio B: Los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.*

*Criterio C: Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.*

#### **4.3.1.2. SÍNTOMAS Y SIGNOS**

*Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio, comportamiento psicomotor e interpersonal y la presencia de una amplia gama de síntomas que hacen pensar en su naturaleza psicósomática, tales como mareos, palpitaciones, falta de aire, sudoración y otros.*

*Su cuadro clínico experimenta variaciones individuales y depende de la sustancia, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última exposición, de las expectativas por parte de la persona a los efectos esperados y del entorno o lugar en que se ha tenido contacto con la sustancia.*

*Los síntomas y signos de la intoxicación difieren según su consumo sea inmediato o agudo o sostenido o crónico.*

*En los casos en que se considere que los síntomas y signos no son primarios, sino la consecuencia de lesiones del sistema nervioso que se traducen en alteraciones mentales particulares, se ha de definir como un trastorno mental ocasionado por una enfermedad médica, la cual debe ser convenientemente valorada y diagnosticada y, posteriormente, ha de constar en el Eje II del diagnóstico multiaxial.*

#### **4.3.1.3. MODALIDADES**

*Las intoxicaciones profesionales pueden producir síntomas similares a los de otros trastornos. En todos estos casos se deben ofrecer diagnósticos específicos que existen en estos casos. Se deben realizar las correspondientes valoraciones diferenciales para determinar la vinculación causal del síntoma o signo con la exposición a la sustancia. Entre estos los de mayor frecuencia son los trastornos perceptivos, mnémicos, de ansiedad, del estado de ánimo, del sueño y del comportamiento sexual. Para cada uno de ellos, cuando se vinculan a la intoxicación por sustancias, se destinan categorías y códigos diagnósticos propios. No obstante, no puede contraerse a las antes mencionadas las modalidades que pueden asumir los trastornos mentales ocasionados por intoxicaciones profesionales, pudiendo encontrarse casos en que el daño a las capacidades funcionales del paciente sea mayor.*

### **4.3.2. ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

*Las psicosis son poco frecuentes en los medios laborales. En ello parecen influir diversos factores. Las psicosis tienen una prevalencia más bien baja en la población en general, en comparación con otros trastornos mentales. Por ello no ha de extrañar que las probabilidades de encontrarlas entre los trabajadores en activo sean también bajas. Los pacientes aquejados de psicosis suelen tener dificultades para mantener el empleo, para funcionar en el trabajo y para mantener adecuadas relaciones interpersonales con los colegas y superiores. El deterioro de su funcionamiento social en general también se manifiesta en su vida laboral. Por otra parte, el inicio de estos trastornos ocurre generalmente en edades cercanas al inicio de la vida laboral, lo que determina que muchos pacientes psicóticos tengan si acaso una limitada historia laboral previa. Sin embargo, las personas aquejadas de ciertos trastornos psicóticos pueden estar presentes en los medios laborales.*



#### **4.3.2.1. EVENTOS VITALES ASOCIADOS**

*Ciertos eventos vitales en el trabajo pueden devenir los eventos disparadores de las crisis. De hecho se ha observado entre los psicóticos que se encontraban trabajando al ocurrir su primer episodio que habían tenido más problemas laborales que los no psicóticos.*

*Entre los eventos vitales que suelen asociarse bien al desencadenamiento de la crisis o bien como contenido ideacional de las mismas, pueden ser variados. Entre ellos la ambigüedad de roles, los conflictos de roles, la discriminación, los conflictos con superiores o con colegas, la sobrecarga de trabajo y, como se verá más adelante, la falta de control sobre las condiciones de trabajo.*

### 4.3.3. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

*Entre los trastornos del estado de ánimo, cada vez ocupa más la atención de los especialistas en Salud de los Trabajadores los trastornos de carácter depresivo. Aunque bajo esta categoría se incluyen también otros como los bipolares, las relaciones de estos con el trabajo no han sido tan definidas como en el caso de la depresión.*

*Lasser y Kahn escriben:*

*“La depresión es extremadamente importante en el mundo de la salud mental en el centro de trabajo, tanto a causa del impacto de la depresión sobre el centro de trabajo como por el impacto del centro de trabajo en la depresión. Es una enfermedad altamente prevalente, y muy tratable; pero desafortunadamente frecuentemente transcurre sin ser detectada ni tratada, con serias consecuencias para el individuo y para el empleador. Así, el incremento de la detección y del tratamiento de la depresión puede ayudar a disminuir el sufrimiento individual y las pérdidas organizacionales”.*

Lasser, J.; Kahn, J.P. Depression. . Vol. 1, Pages 5.1-5.21. En: International Labour Office. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety - 4th Edition. 1997

#### 4.3.3.2. MANIFESTACIONES Y MODALIDADES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

*Las siguientes constituyen manifestaciones en general de los trastornos depresivos, y deberán ser objeto de atención por su posible manifestación en el medio laboral. El hecho de sentirse melancólico o triste esporádicamente, o presentar algunas de las manifestaciones que a continuación se relacionan de modo aislado y no recurrente, por supuesto no deben ser objeto de alarma.*

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día*
- Marcada disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día*
- Significativa pérdida o aumento de peso sin estar bajo régimen de dieta, así como aumento o disminución del apetito*
- Insomnio o hipersomnia*
- Agitación o enlentecimiento psicomotor*
- Fatiga o pérdida de energía*
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, o sentimientos inapropiados*
- Disminución de la capacidad de concentrarse y pensar, o indecisión*
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas sin plan específico, o intento suicida o plan específico para ello*

#### **4.3.4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

*Los trastornos de ansiedad constituyen una de las afecciones más relacionadas con el trabajo. La exposición crónica a factores generadores de estrés sin que la persona desarrolle convenientes comportamientos adaptativos y recursos eficaces de afrontamiento de esas situaciones, además de la vulnerabilidad individual que presente la persona en cuestión, conduce a que se desarrollen estos trastornos.*

*Entre ellos, para la tipificación de estos trastornos el DSM-IV ha seleccionado trece síntomas somáticos o cognoscitivos asociados a los estados de ansiedad, de los más significativos. Ellos son:*

- *Palpitaciones*
- *Sudoración*
- *Temblores o sacudidas*
- *Sensación de falta de aliento o ahogo*
- *Sensación de atragantarse*
- *Opresión o malestar torácicos*
- *Náuseas o molestias abdominales*
- *Inestabilidad o mareo (aturdimiento)*
- *Desrealización o despersonalización*
- *Miedo a perder el control o "volverse loco"*
- *Miedo a morir*
- *Parestesias*
- *Escalofríos o sofocaciones*

#### **4.3.4.1. CRISIS DE ANGUSTIA**

*La primera que nos ocupa es la Crisis de angustia, la cual se caracteriza por la aparición brusca, temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los síntomas antes relacionados, según el criterio diagnóstico establecido por el DSM-IV, síntomas que tienen un inicio brusco y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos de la crisis.*

*A este trastorno no se le asigna un código específico y debe calificar a la manifestación que acompaña a la crisis, por ejemplo, agorafobia.*

*Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (no relacionadas con estímulos ambientales), situacionales (relacionadas casi exclusivamente con ciertos estímulos situacionales), y más o menos situacionales (mayor probabilidad de desencadenarse ante ciertos estímulos). Las dos últimas son las que con mayor probabilidad pueden asociarse al medio laboral, si la situación que genera malestar se encuentra en ese medio, producto de experiencias desagradables o traumáticas sufridas por la persona afectada en el entorno laboral. Por ello estas crisis pueden asociarse a trastornos por estrés postraumático*

#### **4.3.4.2. TRASTORNOS DE ANGUSTIA**

*La característica propia del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición (durante un período como mínimo de un mes) de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis.*

*El DSM-IV menciona que en algunos casos la pérdida o daño de algunas relaciones interpersonales importantes (divorcio, hostigamiento, conflictos) se relacionan con el inicio o la exacerbación de un trastorno de angustia.*

*Estos trastornos conducen con frecuencia a la desmoralización del sujeto, a experimentar desmotivación y falta de iniciativa, atribuidas a falta de fuerza o voluntad para realizar sus actividades cotidianas. Tal situación suele reflejarse en ausencias al trabajo por reiteradas consultas a los servicios de salud, lo cual puede complicar de modo secundario su relación con el centro laboral.*

#### **4.3.4.3. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

*El Trastorno por estrés postraumático (F43.1 / 309.81) es frecuente desencadenado por ciertas situaciones laborales. Entre ellas sufrir o presenciar accidentes, los desastres industriales, desastres naturales con impacto en los centros laborales y otros eventos sumamente traumáticos.*

*Como expone el DSM-IV, lo esencial de este trastorno es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. La persona afectada ha sido testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, lesiones graves, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien conoce a través de otra persona de crédito acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.*

#### **4.3.4.4. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

*El Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1 / 300.02) es otro trastorno frecuentemente observado en los trabajadores como consecuencia de condiciones adversas en su actividad laboral o de la cronicidad y empeoramiento subjetivo de iniciales respuestas de estrés psicosocial laboral.*

*Al igual que con el estrés postraumático, se reproducirán los criterios diagnósticos del DSM-IV dada la importancia que reviste esta categoría para el psicodiagnóstico clínico laboral.*

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral), que se prolongan más de 6 meses.*
- B. Dificultad para controlar este estado de constante preocupación.*
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses): inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.*
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de otro trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.*
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.*



#### **4.3.4.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO**

*El especialista en salud mental de los trabajadores debe también tener presente el Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9 / 300.00), dada la relación con situaciones que requieren la adaptación de la persona a nuevas situaciones vitales, cosa no poco frecuente para los trabajadores.*

*Incluye:*

- 1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.*
- 2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedades profesionales)*
- 3. Situaciones en las que el especialista confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias (ej. neurotóxicos).*

#### **4.3.4.6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD DEBIDOS A ENFERMEDAD MÉDICA E INDUCIDO POR SUSTANCIAS**

*Sin pretensiones de una gran extensión al hacer referencia a estos trastornos, deberán tenerse en cuenta el Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4 / 293.89) por cuanto las enfermedades profesionales y las relacionadas con el trabajo pueden ocasionar no solo molestias, sino además afectar la esfera psíquica al causar preocupación elevada por sus consecuencias para la salud del trabajador, para su seguridad económica y para la estabilidad de sus actividad laboral y restantes actividades vitales. En estos casos lo central es que la ansiedad sea el síntoma predominante, se estime que es consecuencia de la enfermedad y que no sea generada por otro trastorno mental, así como que cause deterioro de la vida social y laboral en específico. Puede asumir las modalidades de ansiedad generalizada, crisis de angustia y con síntomas obsesivo-compulsivos*

#### **4.3.5. TRASTORNO SOMATOMORFO**

*Cuando el especialista en salud mental laboral denote la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental, estará muy probablemente ante un Trastorno somatomorfo.*

*Los síntomas físicos, que no son intencionados, y se presentan en ausencia de una enfermedad médica que los expliquen, deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*

*De sus modalidades, en nuestra experiencia, los más frecuentemente observados en servicios de Salud de los Trabajadores son el Trastorno de somatización (F45.0 / 300.81), aunque en la categoría de los somatomorfos se incluyen otros como la Hipocondría, los trastornos de conversión, por dolor, el dismórfico, el indiferenciado y el no especificado.*

*El DSM-IV incluye un conjunto de pautas para el diagnóstico que pueden resultar rígidas y poco útiles para adjudicar este diagnóstico y que en nuestra experiencia no se ajustan a los casos que presentan este trastorno, como, por ejemplo, el pretendido inicio antes de los treinta años de edad. El juicio del especialista, a nuestro juicio, deberá orientarse principalmente hacia los elementos descritos con anterioridad, los cuales expresan la esencia del mismo.*

#### **4.3.6. TRASTORNO FACTICIO Y SIMULACIÓN**

*Con frecuencia el especialista en salud mental laboral debe emitir juicios acerca de trabajadores que presentan síntomas de trastornos sin un suficiente respaldo objetivo. Su criterio puede ser decisivo para determinar la conducta a seguir con esas personas desde el punto de vista de su salud y médico-legal. Deberá distinguir no solo entre los trastornos anteriormente; sino también entre los facticios y los que son producto de una simulación.*

*Los trastornos facticios (F68.1 / 300.xx) se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. La presencia de síntomas facticios no excluye la coexistencia de síntomas físicos o psicológicos verdaderos.*

*Los trastornos facticios son analizados en cuatro tipos, que son los siguientes: con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16); con predominio de signos y síntomas físicos (300.19), con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19); no especificado (300.19).*

### **4.3.7. TRASTORNOS DEL SUEÑO**

*Los trastornos del sueño suelen ser frecuentes como consecuencia de la acción nociva de condiciones materiales y sociales de trabajo.*

*Según su posible etiología los trastornos del sueño están divididos en primarios y secundarios. Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia. Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas.*

*A su vez, estos trastornos se subdividen en disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia).*

*Los trastornos secundarios, insomnio (F51.0 / 307.42) o hipersomnias (F51.1 / 307.42) se encuentran relacionados con otro trastorno mental, y consisten en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable, frecuentemente trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad.*

*Otros trastornos del sueño son: el Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica (G47.x / 780.xx) consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica sobre el sistema sueño-vigilia, y el Trastorno del sueño inducido por el consumo de sustancias (código en dependencia de la sustancia) consiste en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia.*

#### **4.3.8. TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

*Los trastornos adaptativos son también frecuentemente desencadenados por situaciones que ocurren en los centros laborales. El inicio del trabajo, las reorganizaciones laborales, los despidos, las promociones y más aún las demociones de cargos, la inminencia de la jubilación y otros más que se interpretan como eventos vitales, sean positivos o negativos, suponen un esfuerzo del trabajador para afrontarlos adecuadamente. Caso contrario, puede desarrollarse un trastorno adaptativo.*

*La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable o varios, al cual o a los cuales debe suceder en un lapso de tiempo más o menos breve (3 meses) y que genera malestar acusado y deterioro de la actividad social o profesional, extendiéndose no más allá de 6 meses, aunque algunos síntomas pudieran persistir un tiempo más.*

*Entre sus subtipos, que por sí solo se explican, se encuentran: Con estado de ánimo depresivo (F43.20 / 309.0); con ansiedad (F43.28 / 309.24); mixto con ansiedad y depresión (F43.22 / 309.3); con alteraciones mixtas de las emociones y del comportamiento (F43.25 / 309.4); no especificado (F43.9 / 309.9).*

#### **4.4. OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO**

*Los trastornos mentales no se agotan en los tratados hasta aquí. En la literatura relacionada con la salud de las poblaciones trabajadoras se han propuesto otros síndromes y categorías diagnósticas. Por otra parte, aunque en los trastornos psiquiátricos antes relacionados se trataron fundamentalmente los que eran reconocidos por la CIE-10 y el DSM-IV a la vez, la neurastenia, solo conservada por el manual de la Organización Mundial de la Salud, merece atención especial para la psicopatología laboral.*

#### **4.4.1. SÍNDROME SUBJETIVO POSTRAUMÁTICO**

*Se presenta con gran frecuencia como complicación de un accidente profesional. Se caracteriza por gran diversidad de trastornos funcionales que no tienen un sustrato orgánico, o por la persistencia anormal de un síntoma aparecido después del accidente, lo que dificulta la rehabilitación laboral del paciente.*

*En cuanto a su etiología, la hipótesis de que el síndrome obedezca a una reacción hipocondríaca sobre la base de una estructura neurótica previa en la personalidad del paciente parece refutarse por:*

- 1. la experiencia demuestra que las estructuras personológicas de los pacientes son muy diversas;*
- 2. el síndrome muestra una gran resistencia al tratamiento psicoterapéutico.*

#### **4.4.2. NEURASTENIA**

*En la CIE-10 se lee:*

*“La neurastenia se ha conservado como una categoría en la CIE-10, aunque haya sido borrada de otras clasificaciones, ya que este diagnóstico es aún frecuente en muchos países. Investigaciones realizadas en diversos medios han demostrado que una proporción considerable de casos diagnosticados de neurastenia pueden también ser clasificados como depresión o ansiedad. Hay casos, sin embargo, en los que el cuadro clínico no se ajusta a las descripciones de ninguna otra categoría, pero satisfacen todas las pautas de un síndrome neurasténico.”*



