

# ¿Es necesario medicalizar el mobbing?

Autor: Juan Fco. – ASOCIACIÓN ABECAM

Desde el año 2007 como farmacéutico de profesión y asesor sanitario, integrado en el grupo de profesionales AMAYA y a la vez como colaborador de asociaciones de acoso psicológico laboral, he elaborado cientos de informes farmacoterapéuticos (IF) de seguimiento y evaluación de la medicación prescrita a personas afectadas de mobbing, inéditos en la literatura especializada sobre este fenómeno sociolaboral. En mi búsqueda no encontré bibliografía nacional ni internacional acerca de la intervención farmacéutica en este colectivo, por lo que los resultados de mi trabajo pueden servir para abrir un camino de actuación profesional del farmacéutico hacia las personas afectadas de mobbing que toman medicamentos y elaborar IF de seguimiento del plan terapéutico instaurado, destinado a detectar, prevenir o intervenir ante la aparición de problemas potenciales o reales relacionados con los medicamentos (PRM) como: duplicidad, interacciones, incumplimiento etc...y las consecuencias, esto es, los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) a nivel de necesidad, efectividad y seguridad.



En la preparación de estos IF hago una revisión detenida de los informes médicos, psiquiátricos, psicológicos y de las unidades de salud laboral, que reconocen y constatan el padecimiento psicológico laboral sufrido. Estos IF redactados contribuyen a detectar, prevenir o intervenir en la aparición de PRM, valorar si su prescripción se correlacionan con las patologías citadas en las fichas técnicas de los fármacos autorizados por las agencias de medicamentos y valorar si tales prescripciones son acertadas de acuerdo con las pautas, protocolos, recomendaciones, y/o

estrategias, citadas en guías de práctica clínica internacionales o nacionales. La elaboración de estos informes y la documentación e información personal que fui adquiriendo, me condujo a escribir el libro 'Mobbing. La Realidad Oculta', el primero que se edita sobre el tema del diagnóstico y la prescripción de medicamentos en personas afectadas de mobbing, que describe las consecuencias sanitarias y laborales que ello comporta, y la relación que se establece entre el médico y el paciente. No obstante, previamente a su publicación se me cruzó en el camino la posibilidad de transformar este conocimiento en tesis doctoral, que defendí en el año

2012, bajo el título: 'Estudio de la medicación prescrita a las personas afectadas de conductas hostiles sistemáticas en su ámbito laboral'.



El conocimiento que me proporcionó este estudio conllevó que profundizase en el conocimiento de la situación de este colectivo en nuestro país y obtener conclusiones sobre el uso de medicamentos frente a otras terapias. Así en España, entre los individuos que su-fren algún trastorno mental, el tipo de tratamiento recibido en los últimos 12 meses con mayor frecuencia es la farmacoterapia con un 35.3% como terapia única y un 29.4 como terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica, mientras que sólo el 4.5% de

pacientes recibió tratamiento psicológico como terapia única. No obstante, existen pruebas o evidencias emergentes que indican que una larga duración de la depresión o la psicosis como consecuencia de un infra o no conveniente tratamiento, son un indicador que predice los peores resultados en el trastorno mental. En este sentido, se ha descrito que hasta un 30-50% de los pacientes con depresión mantiene su sintomatología a pesar de estar medicados. Así, frente a otras patologías, donde existen parámetros y valores de referencia a alcanzar tras el abordaje terapéutico (niveles de glucosa, de colesterol, valores de presión arterial,...) parece incuestionable que el uso de medicamentos es útil pues se trata de variables objetivas y reproducibles, en cualquier persona. Sin embargo, en salud mental existe una gran variabilidad intra e interindividual de forma que en diferentes estudios se advierte que la efectividad de los psicofármacos en la remisión se sitúa entre el 50-80%, dependiendo del tipo de patología.

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

cuando nos planteamos cómo abordar cualquier enfermedad grave de carácter no psiquiátrico.

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

En mi experiencia la medicación no resulta eficaz. Los cambios de dosis, posología y modificación del plan terapéutico así lo avalan. Un porcentaje significativo de pacientes declara no sentirse mejor. Los pacientes me transmiten que la larga duración del tratamiento, el retardo en el comienzo de su efecto, la falta de confianza en el médico o psiquiatra prescriptor y en la efectividad de la medicación, los efectos adversos, la ausencia de información y conciencia de la enfermedad y el estigma social al que tienen que enfrentarse son factores que contribuyen a que abandone el tratamiento antidepressivo antes de lo establecido, debido posiblemente a un desconocimiento de su patología o, en otros casos, a una mejoría aparente de su estado de ánimo. Las consecuencias del abandono de la medicación tienen una gran relevancia no sólo en la calidad de vida del enfermo, sino también en su control y seguimiento ya que supone tratar una patología, que en ocasiones exigen que el tratamiento se prolongue a lo largo de toda la vida. Por tanto, en estas situaciones los esfuerzos deberán centrarse no sólo en medir y caracterizar el incumplimiento terapéutico, sino en introducir otros programas e intervenciones pactados entre médico y paciente con la finalidad de mejorar su salud.

Sin embargo, los laboratorios farmacéuticos evidencian que los anti-depresivos son eficaces en todos los niveles de gravedad de la depresión y un porcentaje significativo de pacientes a las 8 semanas de tratamiento, declara sentirse mejor ¿Por qué en los casos de mobbing no se produce la remisión de signos y síntomas de depresión tras 4 u 8 semanas de tratamiento? ¿Por qué no hay respuesta o remisión? ¿Por qué el porcentaje de incapacidad total y permanente es tan elevado? Mi respuesta es doble. Por un lado, si las personas afectadas no responden es que los tratamientos se han estado enfocando con objetivos erróneos, y el plan terapéutico propuesto no ha sido acertado, los procedimientos actuales de diagnóstico y tratamiento no siempre llegan a los objetivos previstos, ya que parten de la premisa que el problema es del individuo y no de la empresa, su enfoque por tanto es erróneo. Por otro lado, afirmó que estas personas no son enfermos mentales descompensados, sino que su lesión es reactiva, es externa a ella, el acoso viene causado por déficits organizativos empresariales, y por tanto debe ser considerado desde una perspectiva sociolaboral como un riesgo derivado de las condiciones laborales, siendo el respaldo psicosocial y la ayuda psicológica la mejor recuperación de aquellos a los que la farmacología no funciona. Mi conclusión sugiere que nuevos métodos basados en la prevención de riesgos psicosociales dentro de las empresas traerían mejores resultados.

“Mi conclusión es que no estasis paranoicos, no sois ni enfermos mentales ni pacientes difíciles, sois trabajadores víctimas de una violencia psíquica producida por la organización donde trabajáis, porque es la estructura organizativa de vuestra empresa la que permite que exista, no es ni vuestra personalidad, ni vuestra actitud la causante, la responsable es vuestra empresa, vosotros padecéis las consecuencias, sois el termómetro del clima y la cultura laboral de la empresa donde trabajáis en condiciones indignas”. Un abrazo y ánimo, no estáis sol@s.



Juan Francisco Méndez Garcés  
Doctor en Farmacia  
Universidad de Barcelona