

6.1

Risc Psicosocial

Guia de bona praxi per a la vigilància de la salut mental relacionada amb els factors de risc psicosocial

VERSIÓ COMPLETA



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Direcció General de Salut Pública

SUMARI	4
1. INTRODUCCIÓ	5
1.1. La necessitat d'una guia	5
1.2. Persones usuàries	6
1.3. Població diana	6
1.4. Objectius	6
1.4.1. Objectiu general	6
1.4.2. Objectius específics	6
1.4.3. Preguntes abordades en aquesta guia	6
2. DEFINICIÓ	7
2.1. Trastorns de l'humor (afectius)	7
2.2. Trastorns neuròtics, secundaris a situacions estressants i somatomorfes	7
2.3. Esgotament emocional o burnout	8
3. DETECCIÓ DE CASOS	9
3.1. Fonts de casos	9
3.2. Identificació de casos	9
4. DIAGNÒSTIC MÈDIC	10
4.1. Instruments	10
4.1.1. Qüestionaris	10
4.1.2. Escales	10
4.1.3. Entrevistes estructurades	10
4.2. Procediment	11
4.3. Derivació i seguiment	11
5. EPIDEMIOLOGIA I FACTORS DE RISC	12
5.1. Exigències psicològiques	12
5.2. Control	12
5.3. Suport social	12
5.3.1. Assetjament psicològic	12
5.3.2. Maltractament de la direcció	13
5.3.3. Agressió esporàdica	13
5.3.4. Discriminació	13
5.4. Compensacions	13
5.5. Treball emocional	13
6. IDENTIFICACIÓ DELS FACTORS DE RISC PSICOSOCIAL	14
7. DIAGNÒSTIC DE LA RELACIÓ AMB EL TREBALL	15
8. PERSONES ESPECIALMENT SENSIBLES	16
9. PUNTS CLAU PER A L'ESTUDI DELS CASOS	16
10. INTERVENCIÓ	18
10.1. Estratègies d'intervenció col·lectiva	19
10.2. Obstacles per a una intervenció organitzativa efectiva	19
10.3. Intervencions individuals	20
11. ALGORISME D'APLICACIÓ DE LA GUIA	21

12. PROCÉS DE REALITZACIÓ DE LA GUIA	22
12.1. Grup de treball	22
12.2. Metodologia de revisió i síntesi de la literatura biomèdica	22
12.3. Nivells d'evidència científica	24
12.4. Procés de participació	24
12.5. Revisió externa	25
12.6. Prova pilot	25
12.7. Costos d'aplicació	25
12.8. Difusió de la guia	26
12.9. Actualització	26
12.10. Avaluació de la implementació	27

ANNEXOS

ANNEX a. Documents de suport a les recomanacions

1. QÜESTIONARI GHQ-12	30
2. QÜESTIONARI PRIME-MD	32
3. ENTREVISTA ESTRUCTURADA MINI	36
4. QÜESTIONARI MBI-GS	63
5. GUIÓ D'ENTREVISTA PER A LA IDENTIFICACIÓ DELS FACTORS DE RISC LABORAL PSICOSOCIAL	65
6. VERSIÓ REDUÏDA DEL QÜESTIONARI PSQ CAT21 COPSOQ	70
7. GUIÓ D'ENTREVISTA PER A L'EXPLORACIÓ D'ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS	73
8. INTERVENCIONS ORGANITZATIVES	74
9. TÈCNiques D'INTERVENCIÓ INDIVIDUAL	79

ANNEX b. Documents relacionats amb el procés d'elaboració de la guia

10. EQUIP DE TREBALL DE LA GUIA	83
11. RECOMANACIONS A PARTIR DELS RESULTATS DE L'ESTUDI DELPHI EN PROFESSIONALS SANITARIS DE MEDICINA DEL TREBALL	84
12. PERSONES QUE HAN PARTICIPAT EN L'ELABORACIÓ DE LA GUIA	85
13. QÜESTIONARI I RESUM DE LA REVISIÓ EXTERNA	87
14. QÜESTIONARI D'AVUACIÓ DE LA PROVA PILOT	89

BIBLIOGRAFIA	90
--------------	----

SUMARI

Els problemes de salut mental han esdevingut una de les principals causes de morbiditat en el món. Els trastorns ansiosos i depressius, freqüentment presentats en quadres mixtos, són els problemes psiquiàtrics més comuns en la població general, i una proporció significativa han estat causats o agreujats per les condicions del treball, estant ben documentada l'associació entre els factors de risc psicosocial del treball i els trastorns ansiosos depressius.

Els professionals sanitaris dels Serveis de Prevenció desenvolupen un paper clau en la prevenció dels trastorns de salut mental relacionats amb el treball, però la seva activitat es veu limitada per diferents factors, com ara la manca de protocols de fàcil utilització.

La finalitat d'aquesta guia és oferir recomanacions per a la gestió dels trastorns de salut mental relacionats amb els riscos psicosocials del treball en la població ocupada des de l'àmbit sanitari dels Serveis de Prevenció, amb l'objectiu principal d'identificar precoçment els casos per tal d'establir mesures que puguin prevenir-ne de nous i evitar l'evolució dels existents a estadis més avançats de la malaltia.

Les recomanacions de la guia s'han elaborat tenint en compte el coneixement científic disponible i les condicions de pràctica real on ha de ser aplicada, per la qual cosa es va dur a terme un procés de participació entre els principals col·lectius implicats: es va realitzar un estudi Delphi entre especialistes de medicina del treball dels Serveis de Prevenció propis i aliens; es va organitzar un grup de discussió amb delegats i delegades de prevenció i un altre entre representants d'empreses, i també es van realitzar entrevistes a personal tècnic de prevenció especialista en psicosociologia, especialistes en medicina del treball i professionals de la inspecció mèdica i de treball.

Els problemes de salut que s'han inclòs són els trastorns de l'humor (afectius), els trastorns neuròtics secundaris a situacions estressants i somatomorfes, i l'esgotament emocional o *burnout*, mentre que els factors de risc són els que formen part dels dos principals models psicosocials: exigències-control-suport i esforç-compensacions.

La guia aporta recomanacions per a la gestió dels casos des de la detecció fins a la intervenció preventiva. Així, es determinen les fonts de casos, i s'aporten recomanacions per al cribratge i diagnòstic de sospita, per a la identificació dels factors de risc psicosocial (amb un apartat de punts clau per facilitar-ne l'estudi), i per a la determinació del nivell de relació amb el treball i la derivació al sistema sanitari corresponent. Finalment, s'aporten recomanacions per orientar la intervenció sobre les condicions de treball i també a nivell individual.

Per facilitar l'aplicació de les recomanacions, s'han resumit en un algorisme que s'inclou al final del text, mentre que en els annexos s'han incorporat tots els instruments de suport. També s'ha resumit en un annex les principals dificultats identificades en l'estudi Delphi que queden fora de l'abast de la guia.

1. INTRODUCCIÓ

1.1. La necessitat d'una guia

L'any 2001 hi havia més de 450 milions de persones amb trastorns de salut mental arreu del món; quatre trastorns de salut mental estaven entre les deu primeres causes d'incapacitat, i s'estimava que al voltant del 25% de les persones patiran un problema de salut mental al llarg de la seva vida.¹ Els trastorns ansiosos i depressius, freqüentment presentats en quadres mixtos, són els problemes psiquiàtrics més comuns en la població general, i una proporció significativa han estat causats o agreujats per les condicions del treball.² Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2006, el 5,7% dels homes ocupats i el 13,0% de les dones ocupades estaven en risc de patir algun trastorn de salut mental.

S'ha documentat àmpliament l'associació entre els factors de risc psicosocial del treball i els trastorns ansiosos depressius.^{3,4,5} També existeix la relació inversa: els problemes de salut mental suposen un impacte significatiu sobre les empreses en termes de dies de treball perduts, fins i tot en els casos més lleus,⁶ i de baix rendiment en el treball.⁷ A Finlàndia, per exemple, els trastorns de salut mental són la primera causa de pensions d'incapacitat, fonamentalment per l'increment de les depressions.⁸

Els professionals sanitaris de medicina del treball (PSMT) dels Serveis de Prevenció (SP) compleixen una sèrie de requisits que els fan idonis per tenir un paper rellevant en la gestió de les incapacitats temporals (IT) en general i dels trastorns de salut mental en particular.⁹ En l'abordatge d'aquests trastorns des de l'àmbit laboral s'identifiquen, però, algunes dificultats que en limiten l'efectivitat. En un estudi basat en les opinions de metges i metgesses dels SP, s'assenyalava com una de les principals dificultats per abordar els problemes de salut mental atribuïts al treball la manca de protocols de fàcil utilització. Entre els factors més importants també se situava la resistència de la direcció per actuar sobre els factors de risc psicosocial. La dificultat per determinar l'origen laboral del trastorn de salut mental va ocupar el primer lloc entre els problemes identificats.¹⁰

Actualment, els trastorns de salut mental de la població treballadora, relacionats o no amb les condicions de treball, rarament s'aborden des dels SP, sinó que s'atenen en la xarxa d'atenció primària i alguns en la xarxa de salut mental especialitzada.¹¹ Una aproximació a la magnitud dels casos relacionats amb la feina són les notificacions dels professionals d'atenció primària a les unitats de salut laboral (USL) de Catalunya, que entre 2001 i 2005 van passar de 26 a 713 (2,8% i 34,0%, respectivament, de tots els trastorns notificats).^a

La coordinació entre els PSMT i els professionals de l'atenció primària pot millorar el pronòstic dels treballadors i treballadores amb trastorns de salut mental en tant que permetria afegir al tractament mèdic la proposta d'intervenció sobre les condicions de treball.¹² D'altra banda, la coordinació entre els responsables de la vigilància de la salut i els de la prevenció de riscos laborals és necessària per millorar l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions.

a Dades no publicades. Registre de malalties relacionades amb el treball, Departament de Salut.

1.2. Persones usuàries

Aquesta guia s'adreça als PSMT que treballen als SP de les empreses. Aporta recomanacions per a la correcta gestió dels trastorns de salut mental relacionats amb els riscos psicosocials del treball, des de la detecció i derivació assistencial fins a la proposta d'intervenció preventiva sobre els factors de risc psicosocial del treball.

1.3. Població diana

La població diana de la guia és la dels treballadors i treballadores amb sospita de trastorn de salut mental associat als factors de risc psicosocial i el personal exposat a aquests factors, així com les persones considerades especialment sensibles als riscos psicosocials del treball.

1.4. Objectius

1.4.1. Objectiu general

La finalitat d'aquesta guia és oferir recomanacions per a la gestió dels trastorns de salut mental relacionats amb els riscos psicosocials del treball en la població ocupada des de l'àmbit sanitari dels SP, amb l'objectiu principal d'identificar precoçment els casos per tal d'establir mesures que puguin prevenir-ne de nous i evitar l'evolució dels existents a estadis més avançats de la malaltia. A més, pretén orientar en l'actuació sobre els factors de risc psicosocial del treball en treballadors i treballadores que pateixen malalties no causades per aquests factors però que els fan més vulnerables.

1.4.2. Objectius específics

- Aportar recomanacions per a la detecció precoç dels trastorns de salut mental en treballadors i treballadores.
- Proporcionar directrius per a la correcta gestió clínica dels trastorns de salut mental dels treballadors i treballadores.
- Proporcionar recomanacions per a la identificació dels factors de risc psicosocial associats als trastorns de salut mental.
- Aportar recomanacions per a la intervenció sobre els factors de risc psicosocial associats als trastorns de salut mental.

1.4.3. Preguntes abordades en aquesta guia

- Quina és la definició de trastorn de salut mental que aborda la guia?
- Quines són les fonts d'informació per a la detecció de casos?
- Com es diagnostiquen els trastorns de salut mental?
- Quins són els trastorns de salut o estats fisiològics que fan els treballadors i treballadores més vulnerables als factors de risc psicosocial?
- Quins són els principals factors de risc psicosocial que poden causar trastorns de salut mental?
- Com s'identifiquen les causes dels trastorns de salut mental?
- Com se sap si un trastorn de salut mental és de causa laboral o extralaboral?
- Quines alternatives hi ha per millorar l'entorn psicosocial del treball?
- Quin és el rol del personal sanitari dels SP en la implantació de mesures d'intervenció sobre l'entorn psicosocial del treball?
- Quins pacients requereixen ser derivats a l'assistència sanitària?
- On es deriven els pacients amb trastorns de salut mental que requereixen assistència sanitària?

2. DEFINICIÓ

Aquesta guia aborda els problemes de salut mental relacionats amb les condicions de treball més freqüents: els trastorns ansiosos i depressius, sovint presentats de forma mixta.¹³ Aquests trastorns són també els més freqüents en la població general, amb estimacions recents en la població espanyola d'una prevalença-vida de 9,3% quant als trastorns ansiosos i d'11,4% pel que fa als depressius.¹⁴ La selecció dels diagnòstics inclosos s'ha basat en una recent revisió d'estudis longitudinals que analitzen l'entorn de treball psicosocial i la incidència de trastorns mentals comuns,⁴ a la qual se n'han afegit alguns que el grup de treball ha considerat d'interès per a les persones usuàries d'aquesta guia. A continuació es defineixen d'acord amb els criteris de la desena revisió de la *Classificació internacional de malalties* (CIM-10).¹⁵

2.1. Trastorns de l'humor (afectius)

Són trastorns en els quals la pertorbació fonamental consisteix en una alteració de l'humor o de l'afectivitat, que tendeix a la depressió (amb ansietat concomitant o sense), o a l'eufòria. Els episodis depressius es caracteritzen pel fet que la persona que els pateix presenta un baix estat d'ànim, pèrdua de la capacitat d'interessar-se i fruit de les coses i disminució de la vitalitat, que condueix a una reducció del nivell d'activitat i a un cansament exagerat, que apareix fins i tot després d'un mínim esforç. També són manifestacions dels episodis depressius les alteracions següents:

- Disminució de l'atenció i concentració.
- Pèrdua de la confiança en un mateix i sentiments d'inferioritat.
- Idees de culpa i de ser inútil.
- Perspectiva ombrívola del futur.
- Pensaments i actes suïcides o d'autoagressió.
- Trastorns de la son.
- Pèrdua de la gana.

Els episodis depressius poden ser d'intensitat lleugera, moderada o severa, i en moltes persones sovint són recurrents i fins i tot continuats.

Els grups diagnòstics inclosos són els següents:

- F32: Episodi depressiu.
- F33: Trastorn depressiu recurrent.
- F34: Trastorns de l'humor (afectius) persistents.
- F38: Altres trastorns de l'humor (afectius).
- F39: Trastorn de l'humor (afectiu) no especificat.

2.2. Trastorns neuròtics, trastorns relacionats amb l'estrès i trastorns somatomorfs

L'experiència d'ansietat comporta una pèrdua de control emocional brusca generalment davant l'exposició a una situació desencadenant, o bé instaurada ja de manera crònica, i que produeix una vivència de temor amb una correlació neurofisiològica d'angoixa en forma de palpitations, sudoració i mareig. Les formes més lleus d'aquests trastorns es veuen en l'assistència primària, en les quals són freqüents les barreges de símptomes, amb la coexistència d'angoixa i depressió.

Dins d'aquest grup cal destacar els trastorns adaptatius, i els trastorns per estrès agut i posttraumàtic.

Tots tenen com a antecedent immediat un esdeveniment biogràfic estressant. Aquest esdeveniment o les circumstàncies desagradables persistents són un factor primari i primordial, sense el qual no s'hauria produït el trastorn. En el trastorn adaptatiu, el tipus d'estressor és de naturalesa comuna, sense una gravetat extrema o catastròfica, i els símptomes no solen durar més de sis mesos. En canvi, els trastorns per estrès s'associen a situacions que ultrapassen l'experiència humana normal o impliquen amenaces per a la integritat física; en aquest cas, la persona pot reaccionar amb horror i desesperança intensos, apareixent després una reexperimentació de l'esdeveniment junt amb una intensa angoixa i una conducta d'evitació de qualsevol estímul que s'hi associï. Es tracta de trastorns severos que requereixen ajuda urgent i intensiva. Es parla d'estrès agut quan la durada és inferior a un mes i d'estrès posttraumàtic quan s'allarga més enllà d'aquest període.

Els grups diagnòstics inclosos són els següents:

- F40: Trastorns fòbics d'ansietat.
- F41: Altres trastorns d'ansietat.
- F42: Trastorn obsessiu compulsiu.
- F43: Reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació.
- F44: Trastorns dissociatius (de conversió).
- F45: Trastorns somatomorfs.
- F48: Altres trastorns neuròtics.

2.3. Esgotament emocional o *burnout*

Tot i no ser reconegut com un trastorn psicopatològic dins les classificacions diagnòstiques vigents, s'ha considerat pertinent prendre'l en consideració. Si bé està emparentat amb els trastorns depressius i amb els adaptatius, té unes característiques pròpies i especialment lligades a la distorsió de l'exercici laboral, amb una incidència elevada en molts àmbits, sobretot els vinculats al tracte amb persones.¹⁶

El *burnout* és un estat mental persistent i negatiu, relacionat amb el treball, que es caracteritza primàriament per esgotament, acompanyat de destret (*distress*), sentit d'efectivitat reduïda, disminució de la motivació i desenvolupament d'actituds i comportaments disfuncionals en el treball. Aquesta condició psicològica es desenvolupa gradualment i pot restar inapreciada durant molt de temps. Resulta del desajust entre les expectatives que té la persona i la realitat del treball.¹⁷ Les dimensions bàsiques de la síndrome¹⁸ són esgotament, cinisme (es refereix a una actitud distant enfront del treball i les persones que en són objecte, així com dels companys i companyes de feina) i ineficàcia professional.

Per facilitar la consulta de la guia es descriu el procés d'elaboració (apartat 12), on es detallen els nivells d'evidència en què es fonamenten les recomanacions, després d'aquestes. El significat dels acrònims que es troben en el marge dret de les recomanacions dels apartats següents és el que hi ha a continuació:

- Revisió sistemàtica **(RS)**
- Revisió no sistemàtica **(RNS)**
- Estudis de cohorts **(EC)**
- Estudis qualitius **(EQ)**
- Estudis de validesa en població espanyola **(EVPE)**
- Programes d'institucions de referència en salut laboral **(PIRSL)**
- Experiència del grup de treball **(EGT)**
- Consulta a experts **(CE)**
- Procés de participació **(PP)**
- Normativa legal **(NL)**

3. DETECCIÓ DE CASOS

3.1. Fonts de casos

3.1.1. **Contacte directe del treballador o treballadora amb el personal sanitari dels SP.** *En aquest sentit, es recomana establir un circuit de consultes mèdiques per a aquells treballadors i treballadores amb sospita de trastorn ansiós, depressiu o mixt que considerin que està relacionat amb les condicions de treball.*

EGT

3.1.2. **Delegats i delegades de prevenció.** En alguns casos els treballadors i treballadores amb un problema de salut mental estableixen un primer contacte amb els seus representants, que al seu torn els poden posar en contacte amb el personal sanitari dels SP.

3.1.3. **Cribatge en els exàmens de salut periòdics.** *Es recomana administrar el General Health Questionnaire de 12 ítems (GHQ-12) (annex 1) per a la identificació de casos amb sospita de trastorn mental en el curs de la vigilància de la salut.* Les puntuacions superiors a 2 indiquen l'existència d'un possible trastorn de naturalesa ansiosa, depressiva o mixta.^{19,20}

RNS

CE

EGT

3.1.4. **Personal tècnic dels SP especialista en psicociologia,** que pot identificar llocs de treball exposats a riscos psicosocials a partir de l'avaluació de riscos, del seguiment i de l'observació tècnica, així com de la informació proporcionada pels mateixos treballadors o treballadores. *En aquest cas es recomana que el PSMT proposi al treballador o treballadora que respongui al GHQ-12.*

RNS

CE

EGT

Aquesta recomanació també es proposa en el cas que no es disposi d'una avaluació de riscos psicosocials en persones que ocupen llocs de treball amb probable exposició, com treball de cara al públic, treball en cadena o llocs afectats per reorganitzacions importants.

EGT

3.2. Identificació de casos

L'objectiu principal de la vigilància dels trastorns de salut mental és realitzar un diagnòstic precoç, atès que millora el pronòstic de la malaltia, permet un tractament mèdic i una intervenció preventiva en les primeres fases del trastorn, i evita que evolucioni a estadis més avançats. Les situacions següents són els punts de partida per a l'orientació diagnòstica del cas; **en totes dues, el PSMT ha de procedir segons les recomanacions de l'apartat 4.2:**

- Quan un treballador o treballadora (bé directament, bé a través d'alguna altra persona) consulti el PSMT per la sospita d'un trastorn de salut mental relacionat amb el treball (punts 3.1.1 i 3.1.2).
- Quan un treballador o treballadora hagi donat un resultat positiu al GHQ-12, bé en el cribatge de sospita de trastorn de salut mental en l'examen de salut periòdic (punt 3.1.3), bé després de la identificació d'un lloc de treball exposat a riscos psicosocials (punt 3.1.4).

4. DIAGNÒSTIC MÈDIC

4.1. Instruments

Una entrevista realitzada per un professional experimentat és l'instrument més idoni per diagnosticar patologia mental. L'entrevista ha de complir tres tipus de requisits:

- **Contextuals:** temps suficient, inexistència d'interrupcions, espai adequat.
- **Relacionals:** control de les pròpies emocions per part de l'entrevistador, empatia i cura envers l'altra persona.
- **De contingut:** exploració sistemàtica dels símptomes psicopatològics i categorització en un tipus de trastorn mental, anamnesi d'antecedents de trastorn mental, juntament amb valoració de factors d'estrès passats i actuals i del context de convivència i suport social de la persona.

La utilització d'instruments específics com les entrevistes estructurades o els qüestionaris té per objectiu servir de suport al personal clínic en el procés de diagnòstic i seguiment, així com l'estandardització de procediments per a l'avaluació de la qualitat i la recerca. Aquests instruments han de tenir un grau de validesa adequat, i per tant han de ser prou sensibles i específics. Es poden dividir en:

4.1.1. Qüestionaris

- **Generals:** són els utilitzats per realitzar un cribratge de problema mental sense determinar el tipus concret de trastorn. En aquest apartat se situa el General Health Questionnaire, en les versions de 12 i 28 ítems, àmpliament utilitzat en l'àmbit laboral.²¹ Els estudis de validesa del GHQ-12 i l'adaptació espanyola del qüestionari²² van donar resultats de sensibilitat entre el 80% i el 85%, una especificitat entre el 79% i el 91% i un percentatge de mala classificació entre el 10% i el 20%.
- **Específics:** quan estan dirigits a la detecció i avaluació del tipus de trastorn mental. Els més utilitzats en els últims anys han estat el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)²³ i el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

4.1.2. Escales

Serveixen per determinar el grau d'afectació d'un determinat trastorn, com per exemple State-Trait Anxiety Inventory (STAI) per a la valoració del grau d'ansietat, les escales de Beck o de Hamilton per a la depressió i l'MBI²⁴ per al burnout.

4.1.3. Entrevistes estructurades

Són guions d'entrevista estrictament pautats amb una seqüència definida que condueix a l'establiment d'un diagnòstic psiquiàtric. Per a la pràctica clínica diària convé que no siguin complexes i no requereixin un grau d'expertesa i, per tant, d'entrenament considerable. Les més utilitzades són la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) i la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Ambdues permeten, seguint el guió, obtenir diagnòstics dels principals trastorns psiquiàtrics d'ICD-10 i DSM-IV. L'avantatge de la MINI és que està pensada per a professionals no especialistes en salut mental, requereix menys entrenament (pot ser utilitzada després d'una breu sessió) i menys temps d'administració (una mitjana de quinze minuts), però és igualment vàlida i fiable.^{25,26}

4.2. Procediment

Atenent les necessitats dels metges i metgesses del treball, que en part són assimilables a les d'assistència primària, per aprofundir en el diagnòstic psicopatològic es fan les recomanacions següents:

CE
EGT
EVEPE

- Formació per a la realització d'una adequada exploració psicopatològica i en tècnica d'entrevista.
- Utilització del qüestionari PRIME-MD (annex 2) o entrevista estructurada MINI (annex 3). Es recomana que aquests instruments no s'utilitzin en el primer contacte amb un treballador o treballadora, ja que en ser completament tancats i inquirir sobre símptomes relacionats a patologies severes, podrien ser viscuts com a massa rígids i intrusius, i malmetre l'establiment d'una relació de confiança. L'entrevista MINI pot ser d'utilitat per al metge o metgessa com a suport i recordatori en una entrevista oberta.
- En cas de sospita de burnout aplicació de l'MBI-GS (annex 4).

4.3. Derivació i seguiment

Quan s'estableixi un diagnòstic de trastorn de salut mental, s'ha de derivar el cas al sistema sanitari corresponent, que es farà càrrec del procés clínic i de la incapacitat laboral, si és necessària. Segons el resultat del diagnòstic de la relació del trastorn de salut amb el treball (vegeu l'apartat 7), la derivació s'ha de fer a la Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals (MATMP) (quan es tracti d'un accident de treball) o al Sistema Públic de Salut (SPS).

EGT
NL

En el cas que la persona afectada continui treballant, es recomana que, a més de la derivació al sistema sanitari corresponent, el PSMT en faci el seguiment.

PP

En els casos no relacionats amb el treball, es recomana que es proposin les mesures preventives necessàries per evitar l'agreujament de l'estat de salut.^{61,62}

RS
PIRSL

Quan el resultat de l'aplicació del GHQ-12 sigui positiu i no s'arribi a un diagnòstic de trastorn de salut mental, es recomana que es faci un seguiment de la persona afectada amb la periodicitat que decideixi el PSMT, deixant oberta la possibilitat d'una consulta espontània segons l'evolució del procés. Com a exploració de la presència de factors laborals, es recomana que se sondegi amb una pregunta genèrica (per exemple "Tens algun problema a la feina?"). En cas de sospita de presència d'algun factor de risc laboral, se n'ha d'informar el personal tècnic de prevenció.

EGT

En els casos de reincorporació al lloc de treball després d'un període llarg d'absència per un trastorn de salut mental, el PSMT ha d'avaluar l'estat de salut mental de la persona per tal de proposar les mesures preventives necessàries.

NL

Sempre que el treballador o treballadora rebí atenció d'algun altre personal sanitari (de medicina general, psiquiatria, psicologia...), es recomana que el PSMT, amb el consentiment del pacient, s'hi posi en contacte. S'ha assenyalat que la comunicació amb els professionals de l'atenció primària beneficia els pacients i evita conflictes entre els consells que puguin donar-se des dels dos àmbits,²⁷ millora el tractament i també les estratègies de retorn al treball després de baixes prolongades.²⁸

EC
PP
EGT

5. EPIDEMIOLOGIA I FACTORS DE RISC

Els canvis en l'organització del treball, especialment les formes més flexibles d'organització de la jornada laboral i una gestió dels recursos humans més individualitzada i orientada a augmentar el rendiment, tenen una profunda incidència sobre la salut laboral i el benestar en el treball. En aquest sentit, s'observa que les malalties considerades emergents, com ara l'estrès, la depressió o l'ansietat, així com l'exposició a violència en el treball, assetjament i intimidació, són responsables del 18% dels problemes de salut associats al treball, una quarta part dels quals implica dues setmanes o més d'absència laboral. L'aparició d'aquests problemes no és deguda a l'exposició a un únic risc, sinó a un conjunt de factors que s'han d'inscriure dins d'un context global que l'OIT defineix com a benestar en el treball.²⁹

Els principals factors de risc psicosocial relacionats amb els trastorns de salut mental estan inclosos en els models exigències-control-suport i esforç-compensacions.^{30,31,32}

Són els següents:

5.1. Exigències psicològiques

Les exigències psicològiques del treball fan referència fonamentalment al volum de feina, la pressió de temps i les interrupcions.

5.2. Control

El control sobre el treball s'entén com a autonomia sobre el contingut del treball, oportunitat de desenvolupar les pròpies habilitats i participació en les decisions de la unitat de treball.

5.3. Suport social

Es refereix al suport de companys, companyes i superiors. S'ha de tenir en compte tant el suport emocional com l'operatiu. En relació amb aquest últim aspecte, és important tenir en compte la manca d'una gestió amb directrius clares i responsabilitats definides.³³ Les conductes hostils en l'entorn laboral poden ser interpretades com una situació extrema de manca de suport social; Hirigoyen³⁴ classifica aquestes conductes en tres grups:

5.3.1. Assetjament psicològic

Heinz Leymann³⁵ el defineix com un comportament hostil i no ètic, per part d'un individu o més, dirigit de manera sistemàtica cap a una altra persona, que és empesa a una situació d'impotència i indefensió, en la qual es manté per la persistència d'aquest comportament. Sovint, si les accions hostils es consideren de manera separada, no semblen realment greus: és l'efecte acumulatiu de microtraumatismes freqüents i repetits el que constitueix l'agressió destructiva; en altres ocasions, les accions són molt evidents, amb actes de violència explícita. S'han identificat tres tipus de factors implicats en la base de les situacions d'assetjament: l'organització del treball, la mala gestió de conflictes per part dels superiors i l'estil cultural de l'empresa.³⁶ Poden donar-se per separat o coexistir. En l'annex 5 (apartat 5.3.2.1) s'inclou el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT),³⁷ amb 45 possibles accions hostils.

5.3.2. Maltractament de la direcció

Conducta tirànica dels superiors jeràrquics que consisteix a sotmetre el seu equip de treball a molta pressió, tractant el personal subordinat amb violència i sense cap tipus de respecte. A diferència de l'assetjament psicològic, el maltractament de la direcció es caracteritza per ser un comportament visible i per ser tot l'equip de treball el que rep el mateix maltractament. Si cadascú és agredit de manera diferent, en el seu aspecte més vulnerable, es passa del maltractament a l'assetjament.

5.3.3. Agressió esporàdica

Es tracta d'una acció violenta caracteritzada pel fet de no ser premeditada.

5.3.4. Discriminació

Una darrera situació en el context de la manca de suport social és la discriminació, que pot estar basada en el sexe, l'edat, la procedència o qualsevol altra característica. Es pot manifestar de manera activa (insults o agressions) o passiva, negant, per exemple, un lloc de treball a una persona encara que tingui la qualificació necessària.³⁸

És important diferenciar les conductes hostils d'altres situacions que poden donar-se en l'àmbit laboral, com els conflictes interpersonals, que, a diferència de les primeres, es caracteritzen per la posició simètrica de les dues parts, en el sentit que cadascuna reconeix l'altra com a interlocutor, es parla del tema obertament i cadascú defensa una posició, i ambdues parts poden fer servir les eines que tenen al seu abast per resoldre la situació a favor seu. Tot i així, alguns autors consideren els conflictes no resolts com a precursors de l'assetjament psicològic, i resoldre'ls, una activitat preventiva.³⁵ També cal tenir present que hi ha altres riscos que no són psicosocials que poden estar relacionats amb la salut mental, com el deteriorament de les condicions del local o dels equips de treball. Finalment, hi pot haver motivacions personals fora de l'àmbit de la salut laboral. En aquest sentit, cal estar alerta als possibles falsos casos d'assetjament, quan la persona que es presenta com a víctima és la que en realitat actua com a assetjadora.³⁴

5.4. Compensacions

La manca de compensacions del treball s'entén com l'absència de reconeixement i valoració del treball, un salari inadequat a l'esforç i la manca de control d'estatus (inestabilitat laboral, canvis no desitjats, una qualificació superior a la del lloc de treball i manca de perspectives de promoció).

5.5. Treball emocional

Es refereix a l'esforç emocional que requereix el treball de cara al públic³⁹ i que representa un risc sobretot quan els sentiments del treballador o treballadora són discordants amb l'expressió que ha de mantenir pels requeriments del lloc de treball, però que no pot sentir realment.⁴⁰

6. IDENTIFICACIÓ DELS FACTORS DE RISC PSICOSOCIAL

Els factors de risc que s'han inclòs en aquesta guia són els seleccionats en la metanàlisi d'estudis prospectius més recent respecte a la relació entre trastorns de salut mental i riscos psicosocials. També se n'han inclòs d'altres que la mateixa revisió va excloure, atesos els restrictius criteris d'inclusió, però que els autors identificaven com a ben establerts en la literatura científica.⁴

Els instruments més utilitzats per identificar i mesurar els riscos psicosocials són els qüestionaris autocontestats que inclouen diverses escales, dissenyats fonamentalment per ser utilitzats de manera col·lectiva. En una revisió recent d'aquests instruments, els autors conclouien que segons l'evidència disponible no era possible recomanar una sola de les mesures existents.⁴¹ Més recentment, el Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya va elaborar un manual d'identificació i avaluació de riscos laborals⁴² amb l'objectiu d'orientar i ajudar per tal que la identificació dels factors de risc sigui tan exhaustiva com sigui possible, i recomana, específicament, la utilització del Qüestionari d'avaluació de riscos psicosocials en el treball (PSQ CAT21 COPSQ, que és l'adaptació per a l'Estat espanyol⁴⁴ del Qüestionari psicosocial de Copenhaguen "COPSQ") per a l'avaluació i intervenció preventiva davant d'aquest risc. El marc conceptual del qüestionari és congruent amb l'utilitzat en aquesta guia.

Tenint en compte l'àmbit d'aplicació d'aquesta guia, la vigilància individual de la salut en el context d'una visita mèdica, **es proposa un guió d'entrevista semiestructurada que orienti el diagnòstic etiològic i la identificació dels factors associats al trastorn de salut (vegeu l'annex 5).** Per aquest motiu, s'ha optat per traduir i adaptar el model "The Management Standards for Work-related Stress" (MSWRS), del Health and Safety Executive (HSE) britànic,⁴³ incorporant-hi alguns aspectes rellevants dels quals es disposa d'algun referent en català⁴⁴ o castellà.^{45,46} Aquest model se centra en sis àrees que, a grans trets, són coherents amb els dos models de risc psicosocial en els quals es basa aquesta guia: exigències, control, suport, relacions, canvi i rols. El concepte de *rol* es pot traduir als riscos psicosocials aquí considerats: l'ambigüïtat de rol (el treballador o treballadora no té clares les seves funcions ni el seu grau de responsabilitat) es relaciona amb el control sobre el treball, i el conflicte de rol (la persona rep demandes incompatibles o ordres contradictòries de diferents superiors), amb les exigències psicològiques.³⁰ D'altra banda, el que els autors anomenen *suport* es refereix al suport operatiu, i el concepte de *relacions* va lligat amb el suport emocional. Per tal de mantenir la coherència al llarg de la guia, s'utilitzen els termes *suport operatiu* i *suport emocional*. Les sis àrees bàsiques s'han complementat amb altres riscos rellevants identificats en la revisió bibliogràfica.⁴

L'objectiu de l'MSWRS és reduir els nivells d'estrès en els centres de treball, per la qual cosa té una orientació eminentment pràctica que relaciona estretament l'estudi dels casos amb la intervenció preventiva. Per mantenir la coherència de la guia, a més d'aquest apartat, també s'ha adaptat el d'intervencions col·lectives (vegeu els apartats 10.1 i 10.2 i l'annex 8).

Com a instrument alternatiu a l'entrevista es proposa la versió reduïda del qüestionari PSQ CAT21 COPSQ (vegeu l'annex 6).

PIRSL
EGT

PIRSL
EVPE

7. DIAGNÒSTIC DE LA RELACIÓ AMB EL TREBALL

Actualment no existeix un ampli consens respecte al reconeixement de les malalties mentals originades pel treball.⁴⁷ Això és degut a diversos motius, un dels quals és la naturalesa multifactorial dels trastorns mentals, que es contraposa a la necessitat de demostrar la relació causal entre el treball i el problema de salut. Per a l'estudi del cas, doncs, s'ha d'analitzar la implicació dels factors laborals i extralaborals que poden causar o agreujar el trastorn,⁴⁸ i per determinar-ne l'origen laboral cal mostrar una correlació entre la situació estressant i el desenvolupament de la malaltia, de manera que es pugui concloure que el quadre ha estat causat per factors exògens a la persona i que ha tingut efectes persistents sobre el seu estat de salut.⁴⁷

Per dur a terme aquesta anàlisi es proposa valorar l'impacte de possibles factors no laborals, per la qual cosa el PSMT utilitzarà dos sistemes complementaris:

EGT

- **Valorar l'impacte en el trastorn de salut de factors extralaborals mitjançant escales d'esdeveniments vitals estressants.** Aquestes escales mesuren la intensitat i durada de l'adaptació als canvis en el patró habitual de vida dels individus, causats per diversos fets rellevants relacionats amb trastorns de salut mental.⁴⁹ Habitualment s'estableix un punt de tall en la puntuació que indica que els esdeveniments ocorreguts són suficients per ser causa d'estrès. Tot i que han estat descrites diferents limitacions d'aquests instruments (no es considera la percepció de la persona, l'efecte dels esdeveniments inclosos pot variar amb el temps i l'entorn cultural, etc.), es considera que són més fàcils d'usar que les entrevistes semiestructurades, que requereixen més temps i més formació per part de la persona entrevistadora.^{50,51} La major part de les nombroses escales que existeixen^{52,53,54} són adaptacions de l'original de Holmes i Rahe,⁵⁵ amb una gran variabilitat en el nombre i tipus d'esdeveniments que inclouen. Alguns estudis han utilitzat només els ítems de puntuació més alta, els de més probabilitat d'estar inclosos en la majoria d'escales.^{56,57} **Per als objectius d'aquesta guia es recomana utilitzar els vint primers ítems del qüestionari clàssic de Rahe i Holmes sense definir un punt de tall, sinó com un guió d'entrevista per explorar l'ocurrència d'esdeveniments durant els darrers dotze mesos (vegeu en l'annex 7 l'escala amb els quatre ítems laborals exclosos).**

EGT

RS

EVPE

EGT

- **Considerar si, en absència de l'exposició ocupacional, hi hauria hagut o no una diferència significativa en la salut mental del treballador o treballadora,⁵⁸ per la qual cosa cal tenir en compte la freqüència, intensitat i durada de l'exposició laboral.**

EQ

EGT

Després de valorar els factors laborals implicats i el seu impacte en el trastorn de salut mental, en funció dels resultats dels dos punts anteriors, el PSMT ha de procedir de la manera següent:

NL

7.1. Els factors laborals són decisius o essencials com a causa o agreujament del trastorn de salut mental: s'ha de considerar un accident de treball^{b, 59} i s'ha de derivar a la mútua corresponent.

7.2. Els factors laborals participen de manera no decisiva o no essencial en la causa o agreujament del trastorn de salut mental juntament amb altres factors: s'ha de considerar una malaltia relacionada amb el treball^{c, 60} (malaltia comuna a l'efecte de contingència professional) i s'ha de derivar a l'SPS.

7.3. No s'identifiquen factors laborals com a causa o agreujament del trastorn de salut mental: s'ha de considerar una malaltia comuna i s'ha de derivar a l'SPS.

En tots els casos, el PSMT s'ha de coordinar amb el personal tècnic de prevenció (específicament, especialistes en psicociologia) per dur a terme els canvis necessaris per prevenir nous casos i evitar l'agreujament dels identificats.

8. PERSONES ESPECIALMENT SENSIBLES

Les recomanacions de la guia també inclouen la intervenció sobre les condicions del treball en els casos de treballadors i treballadores especialment sensibles als riscos psicosocials.^d **En relació amb l'exposició a entorns de treball estressants, es consideren persones especialment sensibles les següents:**^{61,62}

- **Persones amb antecedents de patologia psiquiàtrica severa (psicosis, trastorns de personalitat, depressió endògena o trastorn bipolar (maniacodepressiu) sempre que estiguin diagnosticats per un especialista).**
- **Persones amb alteracions sensorials.**
- **Persones amb patologies cròniques que puguin presentar episodis de reagudització o descompensació en situacions d'estrès.**^{63,64,65,66}

RS
PIRSL

9. PUNTS CLAU PER A L'ESTUDI DELS CASOS

9.1. El PSMT s'ha de coordinar amb el personal tècnic de prevenció, especialment amb els especialistes en psicociologia. En un recent document de consens⁶⁷ es resumia aquesta coordinació en els punts següents:

PP
NL
EQ
EGT

b Espanya és un dels països en què el reconeixement d'una malaltia com a professional està basat en un llistat. El Reial decret 1299/2006, que modifica el quadre del Reial decret 1995/1978, seguint la Recomanació 2003/670/CE, de 19 de setembre, de la Comissió Europea, no inclou els trastorns de salut mental, que poden ser reconeguts com a accident de treball, amb els efectes compensatoris consegüents.

c L'OMS defineix les malalties relacionades amb el treball com a trastorn de salut en què els riscos laborals actuen com un dels factors causals de manera significativa, juntament amb altres d'externs al treball o bé altres d'hereditaris.

d D'acord amb l'article 25 de la Llei de prevenció de riscos laborals, que estableix la protecció dels treballadors o treballadores especialment 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 ha de dur a terme l'assistència sanitària del treballador o treballadora que manifesti un trastorn de salut mental relacionat amb el treball. En aquesta relació metge-pacient és del tot necessari garantir la confidencialitat. L'autorització del treballador o treballadora (vegeu el punt 8.5) facilita la tasca d'intervenció, ja que permet compartir la informació amb el personal tècnic del SP, que està igualment sotmès a l'obligació de respectar la confidencialitat. El PSMT també ha de realitzar el seguiment i la valoració posterior del cas, i comprovar que les mesures d'intervenció han millorat la simptomatologia del pacient.
- En l'estudi de les característiques del lloc de treball relacionades amb el cas, és necessari un intercanvi d'informació i una actuació conjunta i coordinada en tot moment entre el PSMT i el tècnic o tècnica en psicociologia: en primer lloc, per confirmar la relació amb el treball, i, en segon lloc "i molt important", perquè les mesures d'intervenció proposades pel tècnic o tècnica han de millorar la simptomatologia del pacient.
- L'especialista en psicociologia ha de fer la valoració del lloc de treball identificant els factors d'exposició que han desencadenat el trastorn de salut i proposant les mesures que cregui necessàries per tal d'aconseguir millorar les condicions de treball i el quadre clínic del pacient, millores que han de ser comunicades pel PSMT que realitza la vigilància de la salut a l'especialista de prevenció.

9.2. És recomanable establir procediments interns escrits que incloguin la coordinació dels professionals de tots els àmbits implicats no només en l'estudi dels casos, sinó en la gestió de tot el procés (Unitat Bàsica de Salut, Recursos Humans, SP, etc.).^e

PP
EGT

9.3. Fonts d'informació per a l'estudi del cas:

- Treballadora o treballador afectat.
- Avaluació de riscos psicociols.
- Observació directa.
- Personal tècnic de prevenció.
- Agents interns que puguin aportar informació: superiors, companys, càrrecs representatius de la direcció i representants dels treballadors.⁴⁷

9.4. Qui s'ha de consultar:⁶⁸

Deponent de les circumstàncies pot ser necessari que hi participin altres persones. Per exemple, si el risc més important és la pressió de temps, pot ser suficient involucrar-hi la persona afectada i la seva línia de comandament (o el cap superior si el problema és amb el cap immediat) o, addicionalment, un representant del treballador o treballadora si és acceptat per totes dues parts. **És molt recomanable la consulta amb el sanitari o sanitària que atén el problema de salut (de medicina general, psiquiatria, psicologia, etc.), amb el consentiment del pacient.**

EC
PP
EGT

El personal de Recursos Humans pot ser un altre agent d'interès.

^e La manca d'aquests procediments va ser identificada en l'estudi Delphi dut a terme entre el PSMT com una de les limitacions principals a la vigilància dels trastorns de salut mental.

En tot cas, tots els agents rellevants han de treballar conjuntament per tal d'assolir els objectius següents:

- Entendre la situació, incloent-hi les causes i possibles solucions.
- Proporcionar suport a la persona afectada.
- Desenvolupar un pla per intervenir sobre les causes que sigui acceptable per a tothom, particularment per a la persona afectada i la seva línia de comandament.
- Determinar si hi ha altres companys o companyes amb problemes similars i si és necessària una intervenció organitzacional.

9.5. Es recomana obtenir el consentiment del treballador o treballadora abans d'investigar el cas en profunditat, atès que en molts casos l'exposició pot estar relacionada amb els superiors i companys o companyes.⁵⁸

PIRSL
EGT

9.6. En el cas de sospita de conducta hostil, és recomanable poder comptar amb alguna estructura específica (comissió d'ètica o similar), amb representació dels diferents estaments implicats, que decideixi les accions a dur a terme.^{69,70} També és útil l'elaboració d'un protocol específic de detecció, gestió i prevenció d'aquestes conductes.^{71,72,3}

PIRSL
EGT

9.7. Altres recursos per gestionar els casos són la presència d'un mediador o mediadora⁷⁴ i l'organització de grups de discussió; ambdós recursos poden ser útils tant per a l'anàlisi del cas com per a la cerca i implementació de mesures preventives (vegeu el darrer paràgraf del punt 9.1).

PIRSL
EGT

9.8. És recomanable elaborar un informe de l'estudi del cas amb conclusions i recomanacions. Aquest informe pot ser útil per als agents interns implicats i també per a altres agents externs com l'SPS, les USL, l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) o la Inspecció de Treball i Seguretat Social.

PP

9.9. L'empresa ha de garantir que es mantindrà l'autonomia, la capacitat de decisió i el respecte de les decisions del PSMT.

PIRSL
PP
EGT

10. INTERVENCIÓ

Davant d'un cas de problema ansiós depressiu relacionat amb el treball, el professional sanitari ha de proposar mesures correctores adreçades tant a la persona afectada com a l'entorn del treball. Aquests dos nivells d'intervenció no són alternatius, sinó complementaris, tot i que habitualment les actuacions s'han limitat a les mesures individuals. S'ha assenyalat, però, que si la intervenció actua només en aquest nivell mentre persisteixen les condicions de treball que han causat el trastorn de salut, el més probable és que després d'una millora temporal es torni a presentar el problema.⁷⁵ En el mateix sentit, les conclusions de la Setmana Europea de la Salut i Seguretat en el Treball de 2002⁸⁴ indiquen que l'èxit de les mesures preventives requereix l'abordatge de l'organització laboral i les condicions de treball.

10.1. Estratègies d'intervenció col·lectiva

Les intervencions psicosocials es poden dividir en dos nivells d'actuació:^{84,85}

- **Intervencions polítiques i legislatives:** aquestes intervencions recullen, entre d'altres, totes les mesures destinades a regular la jornada laboral, les hores extres, el salari mínim interprofessional, les cobertures de la Seguretat Social, etc.
- **Intervencions organitzatives:** centrades en l'entorn propi de treball i que alguns autors classifiquen en dos nivells: intervencions centrades en la política empresarial i intervencions centrades en la millora de les condicions de treball. De la revisió bibliogràfica realitzada es pot concloure que les intervencions més avaluades són les individuals, i que les dirigides a l'organització del treball tenen el potencial de millorar la salut i el benestar dels treballadors i treballadores, si bé és cert que els estudis mostren que aquestes intervencions tenen efectes més positius a curt termini que a llarg termini.^{76,77,78}

En tot cas, les intervencions han d'estar integrades i combinar mesures centrades en la persona i mesures centrades en el lloc de treball. Un element fonamental per obtenir resultats favorables és incrementar la participació dels treballadors i treballadores en els programes d'intervenció.^{7,80}

Els elements clau per a la prevenció dels problemes de salut mental relacionats amb el treball poden deduir-se dels dos models conceptuals en què es basa aquesta guia. Per tal de donar alternatives d'actuació, tal com es comentava en l'apartat d'identificació de riscos, s'ha optat per traduir i adaptar les indicacions del programa "The Management Standards for Work-related Stress", de l'HSE britànic.⁴³ S'adjunten en l'annex 8.

PIRSL

L'actuació del professional sanitari en aquest àmbit ha d'estar estretament lligada a la del personal tècnic de prevenció. Depenent de la naturalesa del factor de risc psicosocial i per tal que les solucions proposades siguin efectives, pot ser molt útil considerar la formació d'un cercle de salut amb un grup de treballadors i treballadores del mateix lloc de treball que la persona afectada que, en una o dues reunions de noranta minuts, dinamitzades per un tècnic o tècnica de prevenció, el professional sanitari o una persona externa, identifiqui de manera molt concreta els problemes del lloc de treball (normalment hi ha més d'un factor de risc implicat en el trastorn de salut mental) i les solucions concretes.⁸¹

PIRSL
EGT

10.2. Obstacles per a una intervenció organitzativa efectiva

Karasek⁸² assenyala els factors següents com a obstacles per a una intervenció efectiva sobre els factors de risc psicosocial del treball:

Adoptar mesures que desvien l'atenció de les condicions de treball difícils, amb les quals es pretén tractar només els símptomes.

- Adoptar mesures exclusivament tècniques imposades des de la jerarquia. Les solucions als problemes poden ser tractades en grups de discussió, tal com s'ha mencionat abans.⁸³
- Casos en els quals la direcció manté el control constant del diàleg.
- No entendre la necessitat d'adequar les actuacions a les condicions particulars de l'empresa. Ha de quedar clar que no hi ha solucions estàndard, no hi ha receptes, i que les solucions han de respondre als problemes concrets.
- Manca de participació d'alguns nivells directius.

A més, s'han assenyalat dos factors importants més a tenir en compte perquè les intervencions preventives tinguin èxit:⁸³

- Importància de la utilització de diferents mètodes d'avaluació. Les enquestes proporcionen resultats molt útils, però parlar amb els treballadors i treballadores i conduir grups de discussió proporciona una informació addicional fonamental per al disseny d'intervencions adaptades a la realitat concreta de l'empresa.
- Els programes preventius no tenen èxit si se centren exclusivament en la intervenció individual. La gestió personal de l'estrès pot ser un element complementari d'una intervenció més global sobre l'entorn de treball, però si no s'analitzen i s'intenten solucionar les arrels del problema, difícilment poden ser efectives.

S'ha subratllat que els programes són particularment efectius quan es presta atenció als petits canvis. Fer grans propostes estratègiques estàndard de l'estil de "millorar la informació, la formació i la comunicació", sense concretar més, probablement no servirà de res. És important distingir entre les condicions de treball inevitables i les que es poden canviar, i no malgastar energia amb les que no es poden canviar.⁸⁴

10.3. Intervencions individuals

Tenen per objectiu disminuir la vivència d'estrès relacionat amb l'activitat laboral a través de la millora de la capacitat d'afrontament. En l'annex 9 es descriuen els diferents tipus de tècniques. Hi ha prou evidència científica que demostra que la capacitat dels individus de fer front a situacions d'estrès en el treball depèn tant dels coneixements i les habilitats requerides com de determinades característiques psicològiques protectores: personalitat resistent, competència social, autoestima, control intern, absència de neuroticisme i d'emotivitat negativa. Tot i que els trets de personalitat són força estables, és possible millorar la capacitat d'adaptació a través de mòduls de formació específics.⁸⁵

En les revisions sistemàtiques^{86,33} sobre intervencions de tipus experimental o quasiexperimental, es conclou que les més utilitzades i efectives són les de tipus cognitiu i/o conductual.

RS

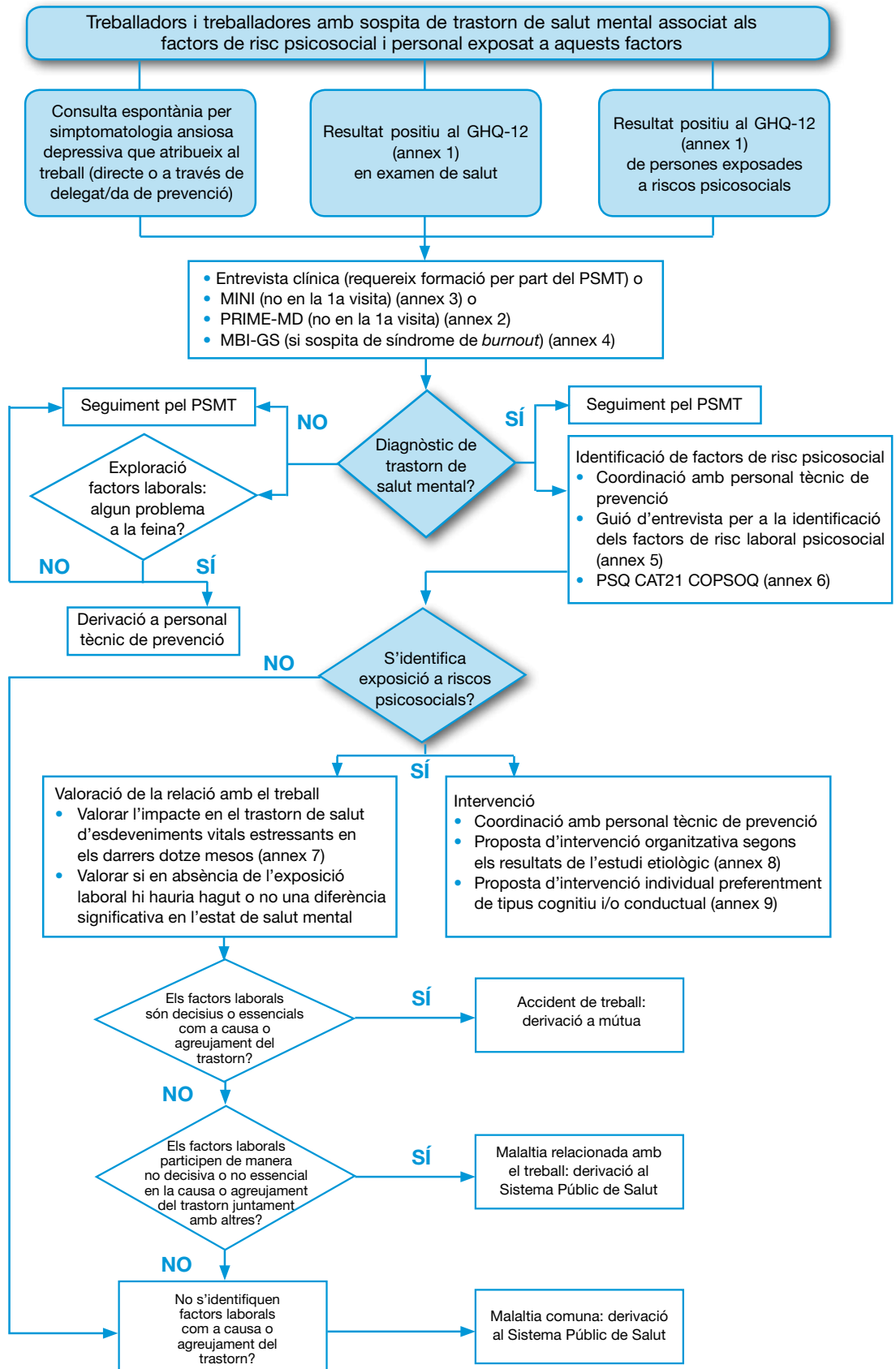
Aquestes tècniques ofereixen entrenament tant pel que fa a reestructuració cognitiva com a modelització de comportaments més adaptatius dins l'àmbit laboral. Un exemple d'aquest tipus d'intervenció és la tècnica d'inoculació d'estrès,⁸⁷ que ha estat molt utilitzada des de fa vint anys en l'àmbit laboral. Consta de tres fases: preparació a través de la identificació dels pensaments i les respostes emocionals no adaptatives, entrenament d'habilitats i aplicació de l'entrenament a la situació concreta a la qual s'ha de fer front. Amb diferents components i tenint en compte les característiques específiques del lloc de treball, s'han fet variacions d'aquest tipus de formació.

La relaxació en les diferents variants, així com la meditació, també han estat extensament utilitzades i analitzades en estudis experimentals, igualment amb bons resultats.⁸⁸ Algunes intervencions que es denominen *multicomponents* integren entrenament tant en reestructuració cognitiva com en relaxació.⁸⁹

Tot i que en la majoria de revisions i metanàlisis s'aprecia que les intervencions cognitives i/o conductuals són més efectives, alguns autors⁸⁵ sostenen que en feines amb prou autonomia les intervencions del primer grup estarien més indicades, i en aquelles en què els treballadors o treballadores disposen d'escassa autonomia i participació caldria posar en marxa intervencions basades en la reorganització del treball i cursos de relaxació.

11. ALGORISME D'APLICACIÓ DE LA GUIA

En la figura següent s'esquematitza el procés que ha de seguir el PSMT per aplicar aquesta guia.



12. PROCÉS DE REALITZACIÓ DE LA GUIA

12.1. Grup de treball

El grup de treball que ha elaborat aquesta guia està format per nou professionals de l'àmbit de la psicociologia, la medicina del treball i la salut pública (vegeu l'annex 10), que han declarat l'absència de conflictes d'interessos.

12.2. Metodologia de revisió i síntesi de la literatura biomèdica

La cerca bibliogràfica es va portar a terme en dues fases. En la primera es va realitzar una cerca genèrica sobre trastorns de salut mental i riscos psicosocials laborals. Es van utilitzar les paraules clau que hi ha a continuació i es van limitar per tipus d'intervenció (etiologia, tractament i diagnòstic): *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 període analitzat va ser de 1995 a 2006; els idiomes inclosos, anglès, castellà i català, i les bases de dades biomèdiques internacionals consultades, Medline, Global Health i EBM Reviews. Pel que respecta a les bases mèdiques espanyoles, es van consultar Compludoc, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, Índice Médico Español i Índice Bibliográfico de Salud y Seguridad en el Trabajo. També es van consultar les bases de dades de guies de pràctica clínica i de revisions sistemàtiques: Cochrane Library Plus en espanyol, EBM Reviews, National Guideline Clearinghouse, NeLH Guidelines Finder, New Zealand Guidelines Group, Scottish Intercollegiate Guidelines Network i CMA Infobase (Clinical Practice Guidelines). Finalment, es van utilitzar els cercadors Google i Yahoo per localitzar la informació d'interès existent a Internet, i també es va consultar el fons bibliogràfic de les biblioteques d'organismes nacionals i internacionals relacionats amb la seguretat i la salut en el treball: Organització Internacional del Treball, Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball, Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i de Treball, National Institute for Occupational Safety and Health, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo i Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Es van excloure les ponències i comunicacions a congressos. Per a aquesta fase es va comptar amb el suport d'una documentalista.

En la segona fase es van revisar els documents identificats seguint el procediment següent:

12.2.1. Identificació de guies de pràctica clínica amb objectius similars.

12.2.2. Identificació dels àmbits de la guia que requerien cerca d'evidència. Es van identificar els següents:

- Selecció de trastorns de salut mental.
- Detecció i categorització dels trastorns de salut mental seleccionats.
- Identificació i mesura de riscos psicosocials.
- Relació laboral i extralaboral dels trastorns de salut mental.
- Intervencions preventives.

12.2.3. Identificació d'articles científics de resum d'evidència (metanàlisis, revisions sistemàtiques i no sistemàtiques) en els cinc àmbits anteriors.

12.2.4. Revisió de la documentació seleccionada i definició de l'estratègia d'ampliació de la informació, en el cas que fos necessari. Per als cinc àmbits del punt 12.2.2, el procediment va ser el següent:

- Selecció de trastorns de salut mental: es va identificar una metanàlisi recent⁴ sobre trastorns de salut mental i factors de risc psicosocial restringida a estudis prospectius. Aquest document incloïa algunes categories diagnòstiques del grup de trastorns neuròtics i totes les dels trastorns depressius de la CIM-10. Tenint en compte l'experiència del grup de treball, es van afegir la resta de categories del primer grup i la síndrome de burnout, de la qual es van identificar sis revisions sistemàtiques^{90,91,92,93,94,95} i una de no sistemàtica,¹⁶ en relació amb l'entorn de treball psicosocial.
- Detecció i categorització dels trastorns de salut mental seleccionats en el punt anterior:
 - Instruments de cribatge: es va identificar un estudi de revisió no sistemàtica en l'àmbit de la salut laboral. Atès que es va considerar insuficient, es va consultar un expert en salut mental. A més, es va comptar amb l'experiència del grup de treball en la pràctica clínica, vigilància de la salut i recerca.
 - Diagnòstic dels trastorns CIM-10 seleccionats: no es va identificar cap estudi de resum d'evidència, per la qual cosa es van consultar tres experts en salut mental i es van identificar dos estudis de validesa en població espanyola.^{23,26} També es va comptar amb l'experiència del grup de treball en l'aplicació de qüestionaris diagnòstics en l'àmbit de la recerca.
 - Diagnòstic de la síndrome de burnout: es van identificar quatre estudis de validesa de qüestionaris en població espanyola: dos de la versió SG (General Survey), aplicable a totes les ocupacions,^{96,97} i dos més de la versió per a ocupacions que impliquen el tracte amb persones.^{98,99}
- Identificació i mesura de riscos psicosocials: es va identificar una revisió sistemàtica d'instruments per a l'aplicació en grups de treballadors i treballadores. Es va ampliar la revisió de documentació per identificar evidència en l'aplicació individual. Es va comptar amb l'experiència del grup de treball en la vigilància individual de la salut, pràctica clínica, entrevista en l'àmbit de la salut laboral i psicopsicologia.
- Relació laboral i extralaboral dels trastorns de salut mental: no es va identificar cap estudi de resum d'evidència. Es va ampliar la revisió de documentació a tots els tipus d'estudis, i se'n va identificar un de revisió de la normativa legal en alguns països europeus⁴⁷ i els resultats de la prova pilot de la implantació d'un sistema per al diagnòstic, la categorització i el registre dels trastorns de salut mental laboral.⁵⁸ Es va comptar amb l'experiència i el coneixement del grup de treball en normativa legal de l'àmbit de la salut laboral. Per a la selecció d'un instrument d'identificació d'esdeveniments vitals estressants es van identificar tres revisions bibliogràfiques^{52,49,50} i un estudi de validesa en població espanyola¹⁰⁰ (fet pel qual es va haver d'ampliar el període temporal de cerca). Es va comptar amb l'experiència del grup de treball en la pràctica clínica i en la recerca en salut laboral per a l'adaptació a l'àmbit laboral.
- Intervencions preventives: es van identificar cinc revisions sistemàtiques^{85,86,33,88,89} en relació amb les intervencions individuals. No es va identificar cap estudi de resum d'evidència d'intervencions col·lectives, per la qual cosa es va ampliar la selecció d'informació a documentació de programes d'institucions de referència en l'àmbit de la salut laboral. Es va comptar amb l'experiència del grup de treball en psicopsicologia.

12.3. Nivells d'evidència científica

En la cerca efectuada no es va identificar cap guia basada en l'evidència científica que abordés els objectius plantejats en aquesta. Per a l'elaboració de les recomanacions es va considerar tant el coneixement científic disponible com les condicions de pràctica real on han de ser aplicades, tenint en compte aspectes com la formació, l'experiència i els coneixements tècnics específics dels professionals, les característiques de la població diana i també les condicions que emmarquen l'acte assistencial, com ara l'accessibilitat, la disponibilitat de recursos i les condicions materials de l'assistència. Per aquest motiu es va desenvolupar un procés de participació que es descriu en l'apartat següent. Finalment, també es va tenir en consideració la normativa legal aplicable.

Les recomanacions es presenten al llarg del text en un format diferent per facilitar-ne la localització i s'assenyala el nivell d'evidència en què està fonamentada la recomanació (segons els acrònims que es presenten entre parèntesis). Els nivells d'evidència usats són els següents:

- Revisió sistemàtica **(RS)**
- Revisió no sistemàtica **(RNS)**
- Estudis de cohorts **(EC)**
- Estudis qualitius **(EQ)**
- Estudis de validesa en població espanyola **(EVPE)**
- Programes d'institucions de referència en salut laboral **(PIRSL)**
- Experiència del grup de treball **(EGT)**
- Consulta a experts **(CE)**
- Procés de participació **(PP)**
- Normativa legal **(NL)**

En l'equip de treball es van discutir i aprovar per consens les esmenes a les diferents versions del text i annexos.

12.4. Procés de participació

Per a l'elaboració de la guia es va comptar amb la participació de diferents col·lectius implicats en la prevenció dels problemes de salut mental associats als riscos laborals psicosocials, que van aportar la seva experiència i els seus coneixements del tema. Així, es va dur a terme un estudi Delphi entre 55 especialistes en medicina del treball, metges i metgesses de SP, potencials usuaris de la guia.¹⁰ Els resultats d'aquest estudi s'han incorporat a la guia, tant en les recomanacions per al maneig dels casos com en altres que sobrepassen els objectius d'aquesta i que es presenten en l'annex 11.

Es van portar a terme dos grups de discussió, un amb delegats i delegades de prevenció dels sindicats majoritaris i un altre amb representants de petites i grans empreses. D'altra banda, es van realitzar tres entrevistes a tècnics de prevenció especialistes en psicociologia i tres més a metges i metgesses especialistes en medicina del treball, en ambdós casos, de SP propis i aliens. Finalment, es van realitzar entrevistes a tres inspectors mèdics i a dos de treball.

També es va comptar amb el suport d'un expert en epidemiologia psiquiàtrica per a l'assessorament en la revisió i selecció d'instruments de cribatge i diagnòstic dels trastorns de salut mental, i es van fer consultes puntuals a dos més.

En tots els casos s'ha garantit la confidencialitat de les dades i s'ha demanat autorització per incloure el nom dels participants (vegeu l'annex 12).

12.5. Revisió externa

La revisió externa de la primera versió de la GBP l'han realitzat professionals de les societats següents: 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. S'han exclòs d'aquesta revisió els professionals que van col·laborar en el procés de participació descrit en el punt anterior. També han participat en el procés de revisió, professionals dels Centres de Seguretat i Salut Laboral de Catalunya del Departament de Treball.

Totes les persones que van fer la revisió van rebre un qüestionari d'avaluació (vegeu en l'annex 13.1 el qüestionari, i en el 13.2, un resum de les respostes obtingudes) que es va elaborar, igual que el de la prova pilot, a partir de l'adaptació de l'utilitzat en la Guia de pràctica clínica per a l'atenció al pacient amb esquizofrènia.¹⁰¹ Els canvis suggerits pels professionals van ser discutits en el grup de treball i incorporats en la guia per consens (només hi va haver una proposta de modificació d'una recomanació, basada en la literatura científica).

A més de les societats professionals esmentades, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) va dur a terme la revisió externa de la qualitat de la primera versió d'aquesta Guia mitjançant l'instrument AGREE, la qual cosa no significa necessàriament un assentiment amb el contingut final, que, en tot cas, és atribuïble als autors i autores.

12.6. Prova pilot

Es va realitzar una prova pilot en què van participar deu professionals de diferents SP propis (del sector públic i privat) i aliens i també d'USL.^f Per provar la guia se'ls van enviar les dues versions del document (completa i breu) amb un qüestionari d'avaluació (vegeu l'annex 14) i una carta explicativa del procés a seguir per analitzar el format de presentació, la comprensió, la factibilitat d'aplicació i la utilitat de les recomanacions. Se'ls va demanar que utilitzessin la guia en la seva pràctica clínica durant un mes i mig i que realitzessin després l'avaluació. Els suggeriments que van aportar es van incorporar en el format de presentació dels qüestionaris dels annexos, l'algorisme d'aplicació de la guia i la redacció d'alguns paràgrafs per tal de millorar-ne la comprensió.

12.7. Costos d'aplicació

Tot i que no s'ha realitzat una anàlisi en profunditat dels costos potencials d'implementació d'aquesta guia, s'ha fet una estimació del temps d'administració dels instruments que es recomanen, com una aproximació als costos d'aplicació per part del PSMT.

Una part dels instruments recomanats han de ser contestats directament pel treballador o treballadora (GHQ-12, PRIME-MD, MBI-GS, PSQ CAT21 COPSOQ) i l'altra els ha d'administrar el PSMT; d'aquests n'hi ha dos que tenen un format de guió d'entrevista (Guió d'entrevista per a la identificació dels factors

^f Malgrat que els professionals de les USL no realitzen les mateixes funcions que els PSMT dels SP, es va considerar que la seva experiència en l'estudi de treballadors i treballadores amb trastorns de salut relacionats amb el treball podia ser útil per valorar-ne l'aplicació.

de risc laboral psicosocial i Guió d'entrevista per a l'exploració d'esdeveniments vitals estressants) i un altre és una entrevista estructurada (MINI). En la Taula 1 es presenta una aproximació al temps d'aplicació de tots aquests instruments basada en una cerca bibliogràfica específica; en els casos que no s'ha identificat cap document de referència i en els guions d'entrevista, el temps estimat es basa en l'experiència del grup de treball.

Cal tenir en compte que els qüestionaris autocontestats requereixen un temps de presentació de les instruccions que habitualment no supera els cinc minuts. En aquests casos és aconsellable que el PSMT observi i comprovi que la persona ha entès les instruccions i que anota les respostes en el lloc i la manera indicats.

Tot i que cap dels instruments indicats té un temps limitat, cal tenir en compte que és preferible que la persona contesti d'una manera natural, sincera i ràpida, i que l'aplicació de qualsevol instrument comporta, per tant, un temps dedicat a generar l'ambient adequat que faciliti la comoditat i la sinceritat de les respostes.

Taula 1. Temps estimat d'aplicació dels instruments recomanats

Instrument	Temps estimat d'aplicació (en minuts)
GHQ-12	5 - 10
PRIME-MD	5 - 10 ²³
MBI-GS	10
PSG CAT21 COPSQ (versió curta)	15
Guió d'entrevista per a la identificació dels factors de risc laboral psicosocial	15 - 30
Guió d'entrevista per a l'exploració d'esdeveniments vitals estressants	5 - 10
MINI 5.0	18,7 ± 11,6 ²⁶

12.8. Difusió de la guia

La guia estarà disponible en format electrònic en el web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, amb accés a les dues versions (completa i breu) i als instruments de suport.

Es realitzarà una presentació de la guia i sessions formatives per donar a conèixer el contingut de la guia entre les persones usuàries potencials.

12.9. Actualització

Es proposa efectuar una revisió dels continguts d'aquesta guia en un període no superior a cinc anys o abans, si hi ha evidència científica o disposicions legals que puguin modificar-ne el contingut actual i ho aconsellin.

12.10. Avaluació de la implementació

Els estudis sobre efectivitat de les estratègies d'implementació de guies de pràctica clínica destaquen que les intervencions més eficaces són els sistemes de recordatori, els materials educatius, l'auditoria i la retroalimentació o *feedback* als professionals sanitaris.¹⁰²

Es proposa que l'auditoria de la implementació es realitzi en dues fases; en la primera, un any després de la difusió de la guia, es valoraran l'adherència (coneixement de l'existència de la guia, nivell i freqüència d'ús) i les barreres a la implementació, amb recollida d'informació de sanitaris de SSP i SPA. En la segona fase, a partir del segon any de la difusió, es definiran i s'avaluaran indicadors d'estructura, procés i resultats.

ANNEX a

Documents de suport a les recomanacions

1. QÜESTIONARI GHQ-12

Característiques

Qüestionari de cribatge de trastorns de salut mental que mesura patiment psicològic, sense categorització diagnòstica. Se centra en ruptures de la funció normal, més que no pas en els trets presents al llarg de tota la vida. El qüestionari es refereix a dos tipus principals de fenòmens: la incapacitat de dur a terme les funcions saludables normals i l'aparició de nous fenòmens que produeixen malestar psíquic.

Puntuació

Per obtenir la puntuació s'ha de donar valor 0 a les respostes 1 i 2 i valor 1 a les respostes 3 i 4 de cada pregunta; posteriorment s'han de sumar els valors obtinguts de les dotze preguntes. Es consideren casos positius (cas probable de mala salut mental) els de puntuació igual o superior a tres. No s'obté la puntuació total de les persones que tenen més de cinc preguntes no contestades.

1. QÜESTIONARI GHQ-12

Les preguntes següents es refereixen a problemes que hàgiu pogut tenir durant els últims trenta dies. Si us plau, contesteu la resposta que més s'acosta al que sentiu o heu sentit recentment.

1. Us heu pogut concentrar bé en el que fèieu?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	millor que habitualment igual que habitualment menys que habitualment molt menys que habitualment
2. Les vostres preocupacions us han fet perdre molt molt la son?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absolut no més que habitualment una mica més que habitualment molt més que habitualment
3. Heu sentit que teniu un paper útil a la vida?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	més útil que habitualment igual que habitualment menys útil que habitualment molt menys útil que habitualment
4. Us heu sentit capaç de prendre decisions?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	més que habitualment igual que habitualment menys que habitualment molt menys que habitualment
5. Us heu notat constantment carregat/da i en tensió?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absolut no més que habitualment una mica més que habitualment molt més que habitualment
6. Heu tingut la sensació que no podeu superar les dificultats?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absolut no més que habitualment una mica més que habitualment molt més que habitualment
7. Heu estat capaç de gaudir de les activitats de cada dia?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	més que habitualment igual que habitualment menys que habitualment molt menys que habitualment
8. Heu estat capaç de fer front, adequadament, als problemes?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	més capaç que habitualment igual que habitualment menys capaç que habitualment molt menys capaç
9. Us heu sentit poc feliç i deprimet/da?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absolut no més que habitualment una mica més que habitualment molt més que habitualment
10. Heu perdut confiança en vosaltres mateixos?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absolut no més que habitualment una mica més que habitualment molt més que habitualment
11. Heu pensat que sou una persona que no serveix per a res?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No No Sí Sí	en absolut no més que habitualment una mica més que habitualment molt més que habitualment
12. Us sentiu raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Sí Sí No No	més que habitualment aproximadament el mateix que habitualment menys que habitualment molt menys que habitualment

2. QÜESTIONARI PRIME-MD

Característiques

Qüestionari per al diagnòstic específic de trastorns de salut mental. Es recomana que no s'utilitzi en el primer contacte amb un treballador o treballadora, ja que podria ser viscut com a massa rígid i intrusiu, i malmetre l'establiment d'una relació de confiança.

Puntuació

Trastorns depressius

- **Síndrome depressiva major:** si les respostes a les preguntes 2a o 2b són “Més de la meitat dels dies” o “Cada dia o gairebé cada dia”, i a més hi ha cinc respostes o més de “Més de la meitat dels dies” o “Cada dia o gairebé cada dia” a les preguntes 2a-2i (la resposta 2i es considera positiva si està present en qualsevol intensitat).
- **Una altra síndrome depressiva:** de la mateixa manera però amb dues respostes positives o més de 2a-2i (de nou, cal considerar positiva la resposta 2i si està present en qualsevol intensitat).
- **Nota:** el diagnòstic de **trastorn** depressiu major i el d'un altre **trastorn** depressiu requereixen descartar la presència de **dol** normal, antecedents d'episodis **maniacs** (trastorn bipolar) i d'un **trastorn físic**, de **medicació** o d'**altres substàncies** que siguin la causa biològica dels símptomes depressius.

Trastorns d'ansietat

- **Síndrome de pànic:** si les respostes de 3a-3d són positives i hi ha quatre respostes positives o més de 4a-4k.
- **Una altra síndrome d'ansietat:** si la resposta de 5a és positiva i hi ha tres respostes o més de “Més de la meitat dels dies” a les preguntes 5b-5g.
- **Nota:** el diagnòstic de **trastorn** de pànic o el d'un altre **trastorn** d'ansietat requereix que es descarti la presència d'un **trastorn físic**, de **medicació** o d'**altres substàncies** com les causes biològiques dels símptomes d'ansietat.

Bulímia nerviosa: si les respostes de 6a-6c i 8 són positives. **Binge eating disorder:** de la mateixa manera, però la resposta 8 és negativa o està en blanc.

Probable abús o dependència d'alcohol: si alguna de les respostes de 10a-10e és positiva.

2. QÜESTIONARI PRIME-MD

Les vostres respostes a les preguntes d'aquest qüestionari ens ajudaran a comprendre els diferents problemes que pugueu tenir. Si us plau, contesteu totes les preguntes **amb una creu** a la casella corresponent, excepte si en algun moment se us demana que us en salteu algunes. Si teniu dubtes en alguna pregunta, contesteu-la igualment de la manera més aproximada possible.

1. Durant les quatre últimes setmanes, amb quina intensitat us han fet mal els problemes següents?

	No m'ha fet gens de mal	M'ha fet una mica de mal	M'ha fet molt de mal
a) Mals d'estómac			
b) Mals d'esquena			
c) Dolors a braços, cames o articulacions (genolls, malucs, etc.)			
d) En el cas de ser dona, dolors o problemes menstruals			
e) Dolors o problemes durant les relacions sexuals			
f) Mals de cap			
g) Dolors al pit			
h) Marejos			
i) Desmaís o lipotímies			
j) Taquicàrdies (cor o pols accelerat) o palpitations			
k) Dificultats per respirar			
l) Estrenyiment, recaragolament de tripes o diarrea			
m) Nàusees, gasos o indigestió			

2. Durant les dues últimes setmanes, amb quina freqüència us han amoïnat els problemes següents?

	Mai	Uns quants dies	Més de la meitat dels dies	Cada dia o gairebé cada dia
a) Tenir poc interès o gaudir poc fent coses				
b) Sentir-vos desanimat/da, deprimat/da o sense esperança				
c) Tenir problemes per dormir (agafar el son o mantenir-lo), o tenir més son del compte				
d) Sentir-vos cansat/da o amb poca energia				
e) Tenir poca gana o menjar massa				
f) Sentir-vos malament amb vosaltres mateixos, o sentir-vos fracassat/da o decebut/da de vosaltres mateixos, o pensar que heu decebut els qui us envolten				
g) Tenir problemes per concentrar-vos, com per exemple per llegir el diari o veure la televisió				
h) Moure'us o parlar tan lentament que els altres se n'hagin adonat. O bé al contrari, estar tan inquiet/a i intranquil/l-la que heu estat movent-vos amunt i avall molt més que de costum				
i) Tenir pensaments sobre si estariau millor si fóssiu mort o sobre fer-vos mal a vosaltres mateixos d'alguna manera				

2. QÜESTIONARI PRIME-MD

3. A continuació, algunes preguntes sobre problemes d'ansietat

	NO	SÍ
a) En les quatre últimes setmanes , heu tingut alguna crisi o atac d'angoixa, com la sensació de sentir o pànic de sobte?		

SI HEU CONTESTAT QUE **NO**, ANEU DIRECTAMENT A LA PREGUNTA NÚM. 5

	NO	SÍ
b) Havíeu tingut alguna d'aquestes crisis o atacs amb anterioritat?		
c) Alguna d'aquestes crisis o atacs va aparèixer de sobte i sense motiu, és a dir, en situacions en les quals no esperàveu estar nerviós/a o incòmode/a?		
d) Aquestes crisis o atacs us han amoïnat gaire, o esteu preocupat/da davant la possibilitat de tornar-ne a tenir altres de semblants?		

4. Penseu en la pitjor crisi o atac que hàgiu tingut últimament

	NO	SÍ
a) Vau tenir dificultats per respirar?		
b) Vau notar que teníeu el cor accelerat, amb palpitations o batecs irregulars?		
c) Vau patir dolor o opressió al pit?		
d) Vau suar en excés?		
e) Vau tenir la sensació que us ofegàveu?		
f) Vau tenir sensació de calor o esgarrifances?		
g) Vau tenir nàusees, l'estómac regirat o la sensació de tenir diarrea?		
h) Us vau sentir marejat/da, inestable o com si us haguéssiu de desmaiar?		
i) Vau experimentar sensacions de formigueig o endormiscament en alguna part del cos?		
j) Vau sentir tremolors o estrebades musculars?		
k) Vau tenir por d'estar morint?		

5. Durant les quatre últimes setmanes, amb quina freqüència us han amoïnat els problemes següents?

	Mai	Uns quants dies	Més de la meitat dels dies
a) Sentir-vos nerviós/a, ansiós/a, amb els nervis de punta, o molt preocupat/da sobre problemes diversos			

SI HEU CONTESTAT QUE **MAI**, ANEU DIRECTAMENT A LA PREGUNTA NÚM. 6

b) Sentir-vos tan inquiet/a que teníeu dificultats per romandre assegut/da			
c) Cansar-vos amb molta facilitat			
d) Tensió, dolors o problemes musculars			
e) Problemes per agafar el son o mantenir-lo			
f) Problemes per concentrar-vos en activitats com ara llegir un llibre o veure la televisió			
g) Irritar-vos o enfadar-vos amb facilitat			

2. QÜESTIONARI PRIME-MD

6. A continuació, algunes preguntes sobre els vostres hàbits alimentaris

	NO	SÍ
a) Teniu sovint la sensació que no podeu controlar què mengeu o la qualitat de menjar que ingeriu?		
b) Mengeu amb freqüència, en un mateix període de dues hores , allò que la majoria de gent consideraria una quantitat excessiva de menjar?		

SI HEU CONTESTAT QUE **NO A LES DUES** PREGUNTES ANTERIORS, ANEU DIRECTAMENT A LA PREGUNTA NÚM. 9

c) De mitjana, aquestes afartades han ocorregut com a mínim dues vegades per setmana en els últims tres mesos?		
--	--	--

7. En els tres últims mesos, heu fet sovint alguna acció de les següents per tal de no engreixar-vos?

	NO	SÍ
a) Provocar-vos el vòmit		
b) Prendre més del doble de la dosi recomanada de laxants		
c) Dejunar (no menjar res com a mínim durant 24 hores)		
d) Fer exercici durant més d'una hora, especialment per no augmentar de pes després d'haver menjat en excés		

	NO	SÍ
8. Si heu contestat que SÍ a algun d'aquests mecanismes per no guanyar pes, els heu dut a terme com a mínim dos cops per setmana?		

	NO	SÍ
9. Beveu alcohol (incloent-hi vi o cervesa)?		

SI HEU CONTESTAT QUE **NO**, ANEU DIRECTAMENT A LA PREGUNTA NÚM. 11

10. En els sis últims mesos, heu tingut algun dels problemes següents més d'un cop?

	NO	SÍ
a) Vau continuar bevent alcohol tot i que el metge o la metgessa us havien recomanat que no ho féssiu per algun problema de salut?		
b) Heu begut alcohol, heu estat begut/da o heu tingut ressaca durant les hores de feina o d'escola o quan havíeu d'atendre altres obligacions?		
c) Heu faltat o heu arribat tard a la feina, a l'escola o a altres obligacions com a conseqüència d'haver estat bevent o amb ressaca?		
d) Heu tingut problemes amb altres persones mentre estàveu bevent alcohol o quan estàveu begut/da?		
e) Heu conduït un cotxe o una moto després d'haver begut diverses copes?		

11. Si heu contestat que **SÍ** a algun dels problemes presents en aquest qüestionari, en quin grau han interferit en la feina o els estudis, en les activitats domèstiques o en la relació amb altres persones?

Gens

Una mica

Molt

Extremament

3. ENTREVISTA ESTRUCTURADA MINI

Característiques

Entrevista estructurada pel diagnòstic específic de trastorns de salut mental classificats segons CIM-10 i DSM-IV. Es recomana que no s'utilitzi en el primer contacte amb un treballador o treballadora, ja que en ser completament tancada i inquirir sobre símptomes relatius a patologies severes, podria ser viscuda com a massa rígida i intrusiva, i malmetre l'establiment d'una relació de confiança. L'entrevista MINI pot ser d'utilitat per al professional sanitari com a suport i recordatori en una entrevista oberta. Les instruccions d'aplicació es troben en la pàgina 39 (pàgina 3 del qüestionari).

Puntuació

Les indicacions per a la puntuació i el diagnòstic es troben en la pàgina 38 (pàgina 2 del qüestionari).

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

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

FRANÇA: Y. Lecrubier, E. Weier,
T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, París

Versió en espanyol:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – Espanya

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

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

Tots els drets són reservats. Cap part d'aquest document no pot ser reproduïda ni transmesa de cap manera, ni per cap mitjà electrònic o mecànic, incloent-hi fotocòpies i sistemes informàtics, sense l'autorització prèvia per escrit dels autors. Els investigadors i clínics que treballin en institucions públiques o llocs no lucratius (incloent-hi universitats, hospitals no lucratius i institucions governamentals) poden fer còpies de la MINI per al seu ús personal.

MINI 5.0.0 (1 de gener del 2000)

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

Nom del pacient: _____ Número de protocol: _____
 Data de naixement: _____ Hora de començament de l'entrevista: _____
 Nom de l'entrevistador: _____ Hora de finalització de l'entrevista: _____
 Data de l'entrevista: _____ Durada total: _____

	<i>Mòduls</i>	<i>Període explorat</i>	<i>Compleix els criteris</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A	EPISODI DEPRESSIU MAJOR (EDM)	Actual (2 setmanes)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodi únic	F32.x
		Recurrent	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recurrent	F33.x
	EDM AMB SÍMPTOMES MELANCÒLICS (opcional)	Actual (2 setmanes)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodi únic	F32.x
				296.30-296.36 recurrent	F33.x
B	TRASTORN DISTÍMIC	Actual (últims 2 anys)	<input type="checkbox"/>		
C	RISC DE SUÏCIDI	Actual (últim mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
		Risc:			
		<input type="checkbox"/> lleu <input type="checkbox"/> moderat <input type="checkbox"/> alt	<input type="checkbox"/>		
D	EPISODI MANÍAC	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
		Passat	<input type="checkbox"/>		
	EPISODI HIPOMANÍAC	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Passat	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E	TRASTORN D'ANGOIXA	Actual (últim mes)	<input type="checkbox"/>		
		Per a tota la vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F	AGORAFÒBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G	FÒBIA SOCIAL (trastorn d'ansietat social)	Actual (últim mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	TRASTORN OBSESSIVO-COMPULSIU	Actual (últim mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I	ESTAT PER ESTRÈS POSTTRAUMÀTIC (opcional)	Actual (últim mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J	DEPENDÈNCIA D'ALCOHOL	Últims 12 mesos	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABÚS D'ALCOHOL	Últims 12 mesos	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K	DEPENDÈNCIA DE SUBSTÀNCIES (no alcohol)	Últims 12 mesos	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
	ABÚS DE SUBSTÀNCIES (no alcohol)	Últims 12 mesos	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L	TRASTORNS PSICÒTICS	Per a tota la 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	
	TRASTORN DE L'ESTAT DE L'ÀNIM AMB SÍMPTOMES PSICÒTICS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M	ANORÈXIA NERVIOSA	Actual (últims 3 mesos)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N	BULÍMIA NERVIOSA	Actual (últims 3 mesos)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANORÈXIA NERVIOSA TIPUS COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	TRASTORN D'ANSIETAT GENERALITZADA	Actual (últims 6 mesos)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P	TRASTORN ANTISOCIAL DE LA PERSONALITAT (opcional)	Per a tota la vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de gener del 2000)

Instruccions generals

La MINI és una entrevista diagnòstica estructurada de breu durada que explora els principals trastorns psiquiàtrics de l'Eix I del DSM-IV i la CIE-10. S'han dut a terme estudis de validesa i de fiabilitat per comparar la MINI amb l'SCID-P per al DSM-III-R i el CIDI (una entrevista estructurada desenvolupada per l'Organització Mundial de la Salut per a entrevistadors no clínics per a la CIE-10). Els resultats d'aquests estudis demostren que la MINI té una puntuació de validesa i fiabilitat acceptablement alta, i que pot ser administrada en un període de temps molt més breu (mitjana de $18,7 \pm 11,6$ minuts, mediana de 15 minuts) que els instruments esmentats. Pot ser utilitzada per clínics després d'una breu sessió d'entrenament. Els entrevistadors no clínics han de rebre un entrenament més intens.

ENTREVISTA

A fi que l'entrevista sigui el màxim de breu possible, informeu el pacient que li fareu una entrevista clínica més estructurada que habitualment, amb unes preguntes precises sobre els seus problemes psicològics, que requereixen respostes de sí o no.

PRESENTACIÓ

La MINI està dividida en mòduls identificats per lletres, cada un correspon a una categoria diagnòstica.

- Al començament de cada mòdul (excepte en el mòdul dels trastorns psicòtics), trobareu, en un **requadre gris**, una o diverses preguntes «**filtre**» corresponents als criteris diagnòstics principals del trastorn.
- Al final de cada mòdul, una o diverses caselles diagnòstiques permeten al clínic indicar si es compleixen els criteris diagnòstics.

CONVENIS

Les oracions escrites en lletra normal s'han de llegir al pacient «paraula per paraula» amb l'objectiu de regularitzar l'avaluació dels criteris diagnòstics.

Les oracions escrites en MAJÚSCULES no s'han de llegir al pacient. Són les instruccions per ajudar l'entrevistador a qualificar els algoritmes diagnòstics.

*Les oracions escrites en **negreta** indiquen el període de temps que s'explora. L'entrevistador les ha de llegir tantes vegades com calgui. A l'hora de codificar les respostes només s'han de tenir en compte els símptomes que hagin tingut lloc durant el període de temps explorat.*

*Les respostes amb una fletxa al damunt (▶) indiquen que no es compleix un dels criteris necessaris per al diagnòstic. En aquest cas, l'entrevistador ha de passar directament al final del mòdul, encerclar «**NO**» en totes les caselles diagnòstiques i continuar amb el mòdul següent.*

Quan els termes estan separats per una barra (/) l'entrevistador ha de llegir només aquells símptomes que presenta el pacient (p. ex., la pregunta H6).

Les frases entre parèntesis () són exemples clínics dels símptomes avaluats. Es poden llegir per aclarir la pregunta.

INSTRUCCIONS D'ANOTACIÓ

Totes les preguntes s'han de codificar. L'anotació es fa a la dreta de la pregunta encerclant «**SÍ**» o «**NO**».

El clínic s'ha d'assegurar que el pacient té en compte cada dimensió de la pregunta (p. ex., període de temps, freqüència, severitat, alternatives i/o, etc.).

Els símptomes que s'expliquen millor per una causa mèdica o l'ús d'alcohol o drogues no s'han de codificar «SÍ» en la MINI. La MINI Plus té preguntes que exploren aquests problemes.

Per a preguntes, suggeriments, sessions d'entrenament o informació sobre els últims canvis en la MINI podeu comunicar-vos amb:

David V. Sheehan, M.D., MBA
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL EUA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
A/e: 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 Paris, França
Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00
A/e: hergueta@ext.jussieu.fr

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

Marelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL, EUA 33613-
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
A/e: mon0619@aol.com

A. Episodi depressiu major

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

A1	Les 2 darreres setmanes, us heu sentit deprimat o decaigut la major part del dia, gairebé tots els dies?	NO	SÍ	1
A2	Les 2 darreres setmanes, heu perdut l'interès per la majoria de les coses o heu gaudit menys de les coses que habitualment us agradaven?	NO	SÍ	2
	HEU CODIFICAT «SÍ» A L'A1 O L'A2?	▶ NO	SÍ	

A3 Les 2 darreres setmanes, quan us sentíeu deprimat o sense interès per les coses:

a	Us va augmentar o disminuir la gana gairebé tots els dies? Vau perdre o guanyar pes sense intentar- ho (p. ex., variacions l'últim mes de ± 5% del vostre pes corporal o ± 8 lliures o ± 3,5 kg, per a una persona de 160 lliures/70 kg)?	NO	SÍ	3
CODIFIQUEU «SÍ» SI HA CONTESTAT «SÍ» EN ALGUNA				
b	Us era difícil dormir gairebé totes les nits (dificultat per adormir-vos, us despertàveu durant la nit, us despertàveu aviat al matí o dormíeu excessivament)?	NO	SÍ	4
c	Gairebé tots els dies, parlàveu o us movíeu més a poc a poc que normalment, o estàveu inquiet o teníeu dificultats per estar tranquil?	NO	SÍ	5
d	Gairebé tots els dies, us sentíeu la major part del temps fatigat o sense energia?	NO	SÍ	6
e	Gairebé tots els dies, us sentíeu culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	Gairebé tots els dies, us era difícil concentrar-vos o prendre decisions?	NO	SÍ	8
g	En diverses ocasions, vau desitjar fer-vos mal, us vau sentir suïcida, o vau desitjar estar mort?	NO	SÍ	9

HEU CODIFICAT «SÍ» EN 5 O MÉS RESPOSTES (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODI DEPRESSIU MAJOR ACTUAL	

SI EL PACIENT CODIFICA POSITIU PER A UN EPISODI DEPRESSIU MAJOR ACTUAL, CONTINUEU AMB A4; SI NO, CONTINUEU AMB EL MÒDUL B:

A4

a	En el transcurs de la vostra vida, heu experimentat altres períodes de dues o més setmanes, en què us sentíeu deprimat o sense interès per la majoria de les coses i teníeu la majoria dels problemes de què acabem de parlar?	▶ NO	SÍ	10
b	Heu tingut alguna vegada un període d'almenys dos mesos, sense depressió o sense la falta d'interès en la majoria de les coses i aquest període ha ocorregut entre dos episodis depressius?	NO	SÍ	11

NO	SÍ	11
EPISODI DEPRESSIU MAJOR RECURRENT		

Episodi depressiu major amb símptomes melancòlics (opcional)

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

SI EL PACIENT HA CODIFICAT POSITIU PER A UN EPISODI DEPRESSIU MAJOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLOREU EL SEGÜENT:

A5

a	HEU CODIFICAT «SÍ» A L'A2?	NO	SÍ	
b	Durant el període més greu de l'episodi depressiu actual, va perdre la capacitat de reaccionar a les coses que prèviament us donaven plaer o us animaven?	NO	SÍ	12

Si NO: Quan alguna cosa bona us passa, això no aconsegueix fer-vos sentir millor encara que sigui temporalment?

	HEU CODIFICAT «SÍ» A L'A5a O L'A5b?	▶ NO	SÍ	
--	-------------------------------------	-------------	-----------	--

A6 Durant les 2 darreres setmanes, quan us heu sentit deprimat o sense interès per la majoria de les coses:

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|-----------|
| a | Us sentíeu deprimat d'una manera diferent del tipus de sentiment que heu experimentat quan alguna persona que us era propera ha mort? | NO | SÍ | 13 |
| b | Gairebé tots els dies, normalment us trobàveu pitjor al matí? | NO | SÍ | 14 |
| c | Gairebé tots els dies, us despertàveu almenys dues hores abans de l'hora habitual, i us era difícil tornar-vos a dormir? | NO | SÍ | 15 |
| d | HEU CODIFICAT «SÍ» A L'A3c (ALENTIMENT O AGITACIÓ PSICOMOTORA)? | NO | SÍ | |
| e | HEU CODIFICAT «SÍ» A L'A3a (ANORÈXIA O PÈRDUA DE PES)? | NO | SÍ | |
| f | Us sentíeu excessivament culpable o el vostre sentiment de culpa era desproporcionat amb la realitat de la situació? | NO | SÍ | 16 |

HEU CODIFICAT «SÍ» EN 3 O MÉS RESPOSTES D'A6?

NO	SÍ
EPISODI DEPRESSIU MAJOR AMB SÍMPTOMES MELANCÒLICS ACTUAL	

B. Trastorn distímic

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

SI ELS SÍMPTOMES DEL PACIENT ACTUALMENT COMPLEIXEN AMB ELS CRITERIS D'UN EPISODI DEPRESSIU MAJOR, NO EXPLOREU AQUEST MÒDUL

B1	Els 2 darrers anys, us heu sentit trist, desanimat o deprimet la major part del temps?	▶ NO	SÍ	17
B2	Durant aquest temps, hi ha hagut algun període de 2 mesos o més, en què us heu trobat bé?	NO	▶ SÍ	18
B3	Durant aquest període en què us vau sentir deprimet la major part del temps:			
a	Us va canviar la gana notablement?	NO	SÍ	19
b	Teníeu dificultats per dormir o dormíeu massa?	NO	SÍ	20
c	Us vau sentir cansat o sense energia?	NO	SÍ	21
d	Vau perdre l'autoconfiança?	NO	SÍ	22
e	Us era difícil concentrar-vos o prendre decisions?	NO	SÍ	23
f	Teníeu sentiments de desesperança?	NO	SÍ	24

HEU CODIFICAT «SÍ» EN 2 O MÉS RESPOSTES DE B3?

▶ NO SÍ

B4 Aquests símptomes de depressió, us van causar molta angoixa o han interferit en la vostra funció a la feina, socialment o d'una altra manera important?

▶ NO SÍ 25

HEU CODIFICAT «SÍ» A B4?

NO	SÍ
TRASTORN DISTÍMIC ACTUAL	

C. Risc de suïcidi

Durant aquest darrer mes:

Punts:

C1	Heu pensat que estaríeu millor mort, o heu desitjat estar mort?	NO	SÍ	1
C2	Heu volgut fer-vos mal?	NO	SÍ	2
C3	Heu pensat en el suïcidi?	NO	SÍ	6
C4	Heu planejat com suïcidar-vos?	NO	SÍ	10
C5	Heu intentat suïcidar-vos?	NO	SÍ	10

Al llarg de la vostra vida:

C6	Alguna vegada heu intentat suïcidar-vos?	NO	SÍ	4
----	--	-----------	-----------	----------

HEU CODIFICAT «**SÍ**» EN ALMENYS 1 RESPOSTA?

SI «**SÍ**», SUMEU EL NOMBRE TOTAL DE PUNTS DE LES RESPOSTES (C1-C6) ENCERCLEU «**SÍ**» I ESPECIFIQUEU EL NIVELL DE RISC DE SUÏCIDI

NO	SÍ	
<i>RISC DE SUÏCIDI</i>		
1-5 Punts	Lleu	<input type="checkbox"/>
6-9 Punts	Moderat	<input type="checkbox"/>
≥ 10 Punts	Alt	<input type="checkbox"/>

D. Episodi (hipo)maníac

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

D1 a	Alguna vegada heu tingut un període de temps durant el qual us heu sentit exaltat, eufòric, o tan ple d'energia, o tan segur, que això us ha ocasionat problemes o altres persones han pensat que no estàveu en el vostre estat habitual? (No tingueu en compte períodes en què estàveu intoxicat amb drogues o alcohol.)	NO	SÍ	1
SI EL PACIENT SEMBLA CONFÓS O NO ENTÉN A QUÈ US REFERIU AMB «EXALTAT» O «EUFÒRIC», ACLARIU-LI-HO DE LA MANERA SEGÜENT: El que vull dir amb «exaltat» o «eufòric» és un estat de satisfacció alt, ple d'energia, en què es necessita dormir menys, en què els pensaments s'acceleren, en què es tenen moltes idees, en què augmenta la productivitat, la creativitat, la motivació o el comportament impulsiu. SI SÍ :				
b	Ara mateix, us sentiu «exaltat», «eufòric», o ple d'energia?	NO	SÍ	2
D2 a	Heu estat alguna vegada persistentment irritat durant diversos dies, fins al punt que teníeu discussions, us barallàveu o cridàveu a persones fora de la vostra família? Heu notat o han notat els altres que heu estat més irritable o que reaccioneu d'una manera exagerada, comparat amb altres persones, en situacions que fins i tot pensàveu que eren justificades?	NO	SÍ	3
SI SÍ :				
b	Ara mateix, us sentiu excessivament irritable?	NO	SÍ	4
HEU CODIFICAT «SÍ» A D1a O A D2a ?				
		▶	NO	SÍ

D3 SI **D1b** O **D2b** = **SÍ**: EXPLOREU NOMÉS L'EPISODI **ACTUAL**
 SI **D1b** I **D2b** = **NO**: EXPLOREU L'EPISODI **PASSAT** MÉS SIMPTOMÀTIC

Durant el temps en què us sentíeu exaltat, ple d'energia, o irritable vau notar que:

a	Sentíeu que podíeu fer coses que d'altres no podien fer, o que éreu una persona especialment important?	NO	SÍ	5
b	Necessitàveu dormir menys (p. ex., us sentíeu descansat amb poques hores de son)?	NO	SÍ	6
c	Parlàveu sense parar o tan de pressa que als altres tenien dificultats per entendre-us?	NO	SÍ	7
d	Els vostres pensaments passaven tan de pressa pel vostre cap que teníeu dificultats per seguir-los?	NO	SÍ	8
e	Us distrèieu tan fàcilment, que la mínima interrupció us feia perdre el fil del que estàveu fent o pensant?	NO	SÍ	9
f	Estàveu tan actiu, tan inquiet físicament que els altres es preocupaven pel vostre estat?	NO	SÍ	10
g	Volíeu involucrar-vos en activitats tan plaents, que vau ignorar els riscos o les conseqüències (p. ex., us vau embarcar en despeses descontrolades, vau conduir d'una manera imprudent o vau mantenir activitats sexuals indiscretes)?	NO	SÍ	11

HEU CODIFICAT «SÍ» EN **3** O MÉS RESPOSTES DE **D3**
 (O **4** O MÉS RESPOSTES SI **D1a** ÉS «NO» [EPISODI PASSAT]
 O SI **D1b** ÉS «NO» [EPISODI ACTUAL])?

▶
 NO SÍ

D4 Aquests símptomes van durar almenys 1 setmana i us van causar problemes que estaven fora del vostre control, a casa, a la feina, a l'escola, o van ser hospitalitzat a causa d'aquests problemes?

NO **SÍ** **12**



HIPOMANÍAC MANÍAC

L'EPISODI EXPLORAT ERA:

HEU CODIFICAT «**NO**» A **D4**?

NO	SÍ
<i>EPISODI HIPOMANÍAC</i>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASSAT	<input type="checkbox"/>

ESPECIFIQUEU SI L'EPISODI ÉS ACTUAL O PASSAT.

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **D4**?

NO	SÍ
<i>EPISODI MANÍAC</i>	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASSAT	<input type="checkbox"/>

ESPECIFIQUEU SI L'EPISODI ÉS ACTUAL O PASSAT.

E. Trastorn d'angoixa

(▶ SIGNIFICA: ENCERCLEU «NO» A E5 I PASSEU DIRECTAMENT A F1)

E1	a	Més d'una vegada, heu tingut una crisi o atacs en què us vau sentir sobtadament ansiós, espantat, incòmode o inquiet, fins i tot en situacions en què la majoria de les persones no se sentirien així?	▶ NO	SÍ	1
	b	Aquestes crisis o atacs assoleixen la màxima expressió els primers 10 minuts?	▶ NO	SÍ	2
E2		Alguna vegada aquestes crisis o atacs han tingut lloc d'una manera inesperada o espontània o van passar de manera impredecible o sense provocació?	NO	SÍ	3
E3		Heu tingut una d'aquestes crisis seguida d'un període d'un mes o més en què us feia por que un altre episodi es repetís o us preocupàveu per les conseqüències de la crisi?	NO	SÍ	4
E4		Durant la pitjor crisi que podeu recordar:			
	a	Vau notar que el vostre cor feia un bot, batejava més fort o més ràpid?	NO	SÍ	5
	b	Suàveu o teníeu les mans humides?	NO	SÍ	6
	c	Teníeu tremolors o estrebades musculars?	NO	SÍ	7
	d	Notàveu la falta d'alè o dificultats per respirar?	NO	SÍ	8
	e	Teníeu sensació d'ofec o un nus al coll?	NO	SÍ	9
	f	Notàveu dolor o molèstia al pit?	NO	SÍ	10
	g	Teníeu nàusees, molèsties a l'estómac o diarrees sobtades?	NO	SÍ	11
	h	Us sentíeu marejat, inestable, estordit o a punt de desmaiar-vos?	NO	SÍ	12
	i	Us semblava que les coses al vostre voltant eren irreal, estranyes, indiferents, o no us semblaven familiars, o us vau sentir fora o separat del vostre cos o de parts del vostre cos?	NO	SÍ	13
	j	Teníeu por de perdre el control o de tornar-vos boig?	NO	SÍ	14
	k	Teníeu por que us estiguéssiu morint?	NO	SÍ	15
	l	Teníeu alguna part del cos adormida o amb formigueigs?	NO	SÍ	16
	m	Teníeu sufocacions o calfreds?	NO	SÍ	17
E5		HEU CODIFICAT «SÍ» A E3 I EN ALMENYS 4 D'E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorn d'angoixa per a tota la vida</i>		
E6		SI E5 = NO, HEU CODIFICAT «SÍ» EN ALGUNA RESPOSTA D'E4? SI E6 = SÍ, PASSEU A F1	NO	SÍ	
			<i>Crisi actual amb símptomes limitats</i>		
E7		El mes passat, vau patir aquestes crisis en diverses ocasions (2 o més), seguides d'una por persistent a tenir-ne una altra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorn d'angoixa actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de gener del 2000)

F. Agorafòbia

F1 Us heu sentit particularment incòmode o ansiós en llocs o situacions on podríeu tenir una crisi o atac, o tenir símptomes d'una crisi com els que acabem de comentar, o situacions en què no disposaríeu d'ajuda o en què escapar pogués resultar una mica difícil: com estar en una multitud, romandre en fila, estar sol fora de casa, estar-vos sol a casa, viatjar en autobús, tren o automòbil?

NO SÍ 19

SI **F1** = **NO**, ENCERCLEU «**NO**» a **F2**.

F2 Temeu tant aquestes situacions que les eviteu, patiu quan hi sou o necessiteu estar acompanyat per fer-hi front?

NO SÍ 20
Agorafòbia actual

HEU CODIFICAT «**NO**» A **F2** (AGORAFÒBIA ACTUAL)

i

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **E7** (TRASTORN D'ANGOIXA ACTUAL)?

NO SÍ
TRASTORN D'ANGOIXA sense agorafòbia ACTUAL

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **F2** (AGORAFÒBIA ACTUAL)

i

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **E7** (TRASTORN D'ANGOIXA ACTUAL)?

NO SÍ
TRASTORN D'ANGOIXA amb agorafòbia ACTUAL

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **F2** (AGORAFÒBIA ACTUAL)

i

HEU CODIFICAT «**NO**» A **E5** (TRASTORN D'ANGOIXA PER A TOTA LA VIDA)?

NO SÍ
AGORAFÒBIA ACTUAL sense historial de trastorn d'angoixa

G. Fòbia social (trastorn d'ansietat social)

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

- | | | | | |
|----|--|----------------|-----------|----------|
| G1 | El mes passat, va tenir por o va sentir vergonya de que us estiguessin observant, de ser el centre d'atenció o va témer una humiliació? Incloent-hi coses com parlar en públic, menjar en públic o amb d'altres, escriure mentre algú us mira o estar en situacions socials. | ▶
NO | SÍ | 1 |
| G2 | Penseu que aquesta por és excessiva o irracional? | ▶
NO | SÍ | 2 |
| G3 | Us fan tanta por aquestes situacions socials que les eviteu, o patiu quan hi sou? | ▶
NO | SÍ | 3 |
| G4 | Aquesta por interfereix en la vostra feina normal o en el desenvolupament de les vostres activitats socials o és la causa d'intensa molèstia? | | | |

NO	SÍ	4
FÒBIA SOCIAL		
(trastorn d'ansietat social)		
ACTUAL		

H. Trastorn obsessivocompulsiu

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

H1 Aquest darrer mes, heu estat molest amb pensaments recurrents, impulsos o imatges no desitjades, desagradables, inapropiades, intruses o angoixoses? (P. ex., la idea d'estar brut, contaminat o tenir gèrmens, o por de contaminar els altres, o temor de fer mal a algú sense voler, o temor que actuaríeu depenent d'algun impuls, o teniu temors o supersticions de ser el responsable que les coses vagin malament, o us obsessioneu amb pensaments, imatges o impulsos sexuals; o acumuleu o col·leccioneu sense control, o teniu obsessions religioses.)

NO SÍ 1
▶ H4

(NO INCLOEU PREOCUPACIONS EXCESSIVES PER PROBLEMES DE LA VIDA QUOTIDIANA. NO INCLOEU OBSESSIONS DIRECTAMENT RELACIONADES AMB TRASTORNS DE L'ALIMENTACIÓ, CONDUCTES SEXUALS, PROBLEMES PATOLÒGICS RELACIONATS AMB EL JOC, L'ALCOHOL O L'ABÚS DE DROGUES, PERQUÈ EL PACIENT PUGUI DERIVAR PLAER DE L'ACTIVITAT I PUGUI VOLER EVITAR-LA SIMPLEMENT PER LES CONSEQÜÈNCIES NEGATIVES.)

H2 Aquests pensaments us tornaven al cap fins i tot quan intentàveu ignorar-los o alliberar-vos-en?

NO SÍ 2
▶ H4

H3 Penseu que aquests pensaments són producte de la vostra pròpia ment i que no us són imposats des de l'exterior?

NO SÍ 3
obsessions

H4 El mes passat, vau fer alguna cosa repetidament, sense ser capaç d'evitar-ho, com rentar o netejar en excés, comptar i verificar les coses un cop i un altre o repetir, col·leccionar, ordenar les coses o fer altres rituals supersticiosos?

NO SÍ 4
compulsions

HEU CODIFICAT «SÍ» A H3 O A H4?

▶
NO SÍ

H5 Reconeixeu que aquestes idees obsessives o actes compulsius són irracionals, absurds o excessius?

▶
NO SÍ 5

H6 Aquestes obsessions o actes compulsius interfereixen de manera significativa en les vostres activitats quotidianes, en el vostre treball, en les vostres relacions socials, o us ocupen més d'una hora diària?

NO SÍ 6
**TRASTORN
OBSESSIVOCOMPULSIU
ACTUAL**

I. Estat per estrès posttraumàtic (opcional)

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

I1	Heu viscut o heu estat testimoni d'un esdeveniment extremadament traumàtic, en què altres persones han mort i/o altres persones o personalment heu estat amenaçats de mort o en la vostra integritat física? EXEMPLES D'ESDEVENIMENTS TRAUMÀTICS: ACCIDENTS GREUS, ATRACAMENT, VIOLACIÓ, ATEMPTAT TERRORISTA, SER AGAFAT COM A OSTATGE, SEGREST, INCENDI, DESCOBRIR UN CADÀVER, MORT SOBTADA D'ALGÚ PROPER, GUERRA O CATÀSTROFE NATURAL.	▶ NO	SÍ	1
I2	Durant el mes passat, heu reviscut l'esdeveniment d'una manera angoixant (p. ex., l'heu somiat, n'heu tingut imatges vívides, heu reaccionat físicament o heu tingut records intensos)?	▶ NO	SÍ	2
I3	El darrer mes:			
a	Heu evitat pensar en aquest esdeveniment, o en tot allò que us el pugui recordar?	NO	SÍ	3
b	Us era difícil recordar alguna part de l'esdeveniment?	NO	SÍ	4
c	Ha disminuït el vostre interès per les coses que us agradaven o les activitats socials?	NO	SÍ	5
d	Us heu sentit allunyat o distant dels altres?	NO	SÍ	6
e	Heu notat que els vostres sentiments estan adormits?	NO	SÍ	7
f	Heu tingut la impressió que la vostra vida s'escurçarà a causa d'aquest trauma o que us morireu abans que altres persones?	NO	SÍ	8
	▶ HEU CODIFICAT « SÍ » A 3 O MÉS RESPOSTES DE I3 ?	NO	SÍ	
I4	Durant l'últim mes:			
a	Us era difícil dormir?	NO	SÍ	9
b	Heu estat particularment irritable o teníeu rampells de coratge?	NO	SÍ	10
c	Teníeu dificultats per concentrar-vos?	NO	SÍ	11
d	Heu estat nerviós o constantment en alerta?	NO	SÍ	12
e	Us heu sobresaltat fàcilment per qualsevol cosa?	NO	SÍ	13
	▶ HEU CODIFICAT « SÍ » A 2 O MÉS RESPOSTES DE I3 ?	NO	SÍ	
I5	En el transcurs d'aquest mes, aquests problemes han interferit en la vostra feina, en les vostres activitats socials o han estat causa d'una gran ansietat?			

NO SÍ 14
**ESTAT PER ESTRÈS
 POSTTRAUMÀTIC
 ACTUAL**

J. Abús i dependència d'alcohol

(▶▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

J1 Els darrers 12 mesos, heu pres 3 o més begudes alcohòliques en un període de 3 hores en tres o més ocasions? ▶▶
NO SÍ 1

J2 Els últims 12 mesos:

a Necessitàveu beure més per aconseguir els mateixos efectes que quan vau començar a beure? NO SÍ 2

b Quan reduïeu la quantitat d'alcohol, us tremolaven les mans, suàveu, o us sentíeu agitat? Beveu per evitar aquests símptomes o per evitar la ressaca (p. ex., tremolors, sudoracions o agitació)? NO SÍ 3

CODIFIQUEU «SÍ», SI HA CONTESTAT «SÍ» EN ALGUNA.

c Durant el temps en què beviu alcohol, acabàveu bevent més del que en un principi havíeu planejat? NO SÍ 4

d Heu intentat reduir o deixar de beure alcohol però heu fracassat? NO SÍ 5

e Els dies que beviu, dedicàveu molt de temps a procurar-vos alcohol, a beure i a recuperar-vos dels seus efectes? NO SÍ 6

f Heu passat menys temps treballant, gaudint dels vostres passatemps, o estant amb els altres, a causa del consum d'alcohol? NO SÍ 7

g Vau continuar bevent tot i saber que això us causava problemes de salut, físics o mentals? NO SÍ 8

HEU CODIFICAT «SÍ» A 3 O MÉS RESPOSTES DE J2?

NO	▶▶ SÍ
DEPENDÈNCIA D'ALCOHOL ACTUAL	

J3 Els 12 darrers mesos:

a Heu estat diverses vegades intoxicat, embriagat, o amb ressaca més d'una vegada, quan teníeu altres responsabilitats a l'escola, a la feina o a casa? Això us va ocasionar algun problema? NO SÍ 9

CODIFIQUEU «SÍ» NOMÉS SI AIXÒ LI HA OCASIONAT PROBLEMES.

b Heu estat intoxicat en alguna situació en què corríeu un risc físic (per exemple conduir un automòbil, una motocicleta, una embarcació, utilitzar una màquina, etc.)? NO SÍ 10

c Heu tingut problemes legals a causa del consum d'alcohol (per exemple un arrest, pertorbació de l'ordre públic)? NO SÍ 11

d Heu continuat bevent tot i saber que això us ocasionava problemes amb la família o altres persones? NO SÍ 12

HEU CODIFICAT «SÍ» EN 1 O MÉS RESPOSTES DE J3?

NO	SÍ
ABÚS D'ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastorns associats a l'ús de substàncies psicoactives no alcohòliques

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

Ara us ensenyaré/llegiré una llista de substàncies il·lícites o medicines.

K1 a **Els darrers 12 mesos**, heu pres alguna d'aquestes substàncies, més d'una vegada, per trobar-vos millor o per canviar el vostre estat d'ànim? ▶ **NO** **SÍ**

ENCERCLEU TOTES LES SUBSTÀNCIES QUE HA USAT:

Estimulants: amfetamines, speed, cristall, dexedrina, ritalina, píndoles per aprimar.

Cocaïna: inhalada, intravenosa, crack, speedball.

Narcòtics: heroïna, morfina, Dilaudid, opi, Demerol, metadona, codeïna, Percodan, Darvon.

Al·lucinògens: LSD (àcid), mescalina, peiot, PCP (pols d'àngel, peace pill), psilocybin, STP, fongs, èxtasi, MDA, MDMA.

Inhalants: pegament, èter, òxid nitrós (laughing gas), amyl o butyl nitrate (pòpers).

Marihuana: haixix, THC, pasto, herba, mota, reefer.

Tranquil·litzants: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúrics, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Altres substàncies: esteroides, pastilles dietètiques o per dormir sense recepta. Qualsevol altra substància?

ESPECIFIQUEU LA O LES SUBSTÀNCIES MÉS USADES: _____

b. SI HI HA ÚS CONCURRENT O SUCCESSIU DE DIVERSES SUBSTÀNCIES O DROGUES, ESPECIFIQUEU A CONTINUACIÓ QUINA DROGA / CLASSE DE DROGA EXPLORAREU EN L'ENTREVISTA:

NOMÉS UNA DROGA / CLASSE DE DROGA HA ESTAT UTILITZADA.

NOMÉS LA CLASSE DE DROGA MÉS UTILITZADA ÉS EXPLORADA.

CADA DROGA ÉS EXAMINADA INDIVIDUALMENT. (FOTOCOPIEU K2 I K3 SEGONS SIGUI NECESSARI.)

K2 **Considerant el vostre ús de (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGUES SELECCIONADA), els 12 darrers mesos:**

a Heu notat que necessitàveu usar més quantitat de (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) per obtenir els mateixos efectes que quan vau començar a consumir-ne? **NO** **SÍ** **1**

b Quan vau reduir la quantitat o vau deixar de consumir (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) vau tenir símptomes d'abstinència (dolors, tremolors, febre, debilitat, diarrees, nàusees, sudacions, palpitations, dificultat per dormir, o us sentíeu agitat, ansiós, irritable o deprimat)? Vau utilitzar alguna o algunes drogues per evitar emmalaltir (síntomes d'abstinència) o per trobar-vos millor? **NO** **SÍ** **2**

CODIFIQUEU «**SÍ**», SI HA CONTESTAT «**SÍ**» EN ALGUNA.

- | | | | | |
|---|--|-----------|-----------|----------|
| c | Heu notat que quan consumíeu (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) acabàveu utilitzant-ne més del que en un principi havíeu planejat? | NO | SÍ | 3 |
| d | Heu intentat reduir o deixar de prendre (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) però heu fracassat? | NO | SÍ | 4 |
| e | Els dies que utilitzàveu (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) dedicàveu molt de temps (> 2 hores) a obtenir, consumir, recuperar-vos dels efectes, o pensant en drogues? | NO | SÍ | 5 |
| f | Vau passar menys temps treballant, gaudint de passatemps, estant amb la família o amics a causa del consum de drogues? | NO | SÍ | 6 |
| g | Heu continuat prenent (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) tot i saber que això us causava problemes mentals o de salut? | NO | SÍ | 7 |

HEU CODIFICAT «**SÍ**» EN 3 O MÉS RESPOSTES DE **K2**?
 ESPECIFIQUEU LA O LES DROGUES: _____

NO	» SÍ
DEPENDÈNCIA DE SUBSTÀNCIES ACTUAL	

Considerant el vostre ús de (NOM DE LA CLASSE DE DROGA SELECCIONADA),
els darrers 12 mesos:

K3

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------|-----------|
| a | Us heu intoxicat o heu tingut ressaca a causa de (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA), més d'una vegada, quan teníeu altres responsabilitats a l'escola, a la feina o a casa? Això us va ocasionar algun problema? (CODIFIQUEU « SI », NOMÉS SI VA OCACIONAR PROBLEMES.) | NO | SÍ | 8 |
| b | Us heu intoxicat amb (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situació en què vau córrer un risc físic (p. ex., conduir un automòbil, una motocicleta, una embarcació, o utilitzar una màquina, etc.)? | NO | SÍ | 9 |
| c | Heu tingut algun problema legal a causa de l'ús de drogues (per exemple, un arrest o pertorbació de l'ordre públic)? | NO | SÍ | 10 |
| d | Heu continuat usant (NOM DE LA DROGA / CLASSE DE DROGA SELECCIONADA) tot i saber que això us causava problemes amb la família o amb altres persones? | NO | SÍ | 11 |

HEU CODIFICAT «**SÍ**» EN 1 O MÉS RESPOSTES DE **K3**?
 ESPECIFIQUEU LA O LES DROGUES: _____

NO	SÍ
ABÚS DE SUBSTÀNCIES ACTUAL	

L. Trastorns psicòtics

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

DEMANEU UN EXEMPLE PER A CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENT. CODIFIQUEU «SÍ» NOMÉS PER A AQUELLS EXEMPLES QUE MOSTREN CLARAMENT UNA DISTORSIÓ DEL PENSAMENT O DE LA PERCEPCIÓ O SI NO SÓN CULTURALMENT APROPIATS. ABANS DE CODIFICAR, INVESTIGUEU SI LES IDEES DELIRANTS ES PODEN QUALIFICAR COM A «ESTRANYES» O RARES.

LES IDEES DELIRANTS SÓN «ESTRANYES» O RARES SI: SÓN CLARAMENT ABSURDES, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES I NO ES PODEN DERIVAR D'EXPERIÈNCIES DE LA VIDA QUOTIDIANA.

LES AL·LUCINACIONS SÓN «ESTRANYES» O RARES SI: UNA VEU FA COMENTARIS SOBRE ELS PENSAMENTS O ELS ACTES DE LA PERSONA, O DUES O MÉS VEUS CONVERSEN ENTRE ELLES.

Ara us preguntaré sobre experiències poc usuals que algunes persones poden tenir.

			ESTRANYES			
L1	a	Alguna vegada heu tingut la impressió que algú us espiava o conspirava en contra vostra, o que intentaven fer-vos mal?	NO	SÍ	SÍ	1
NOTA: DEMANEU EXEMPLES PER DESCARTAR UN VERITABLE AGUAIT. ("ACECHO")						
	b	Si SÍ : Actualment ho creieu?	NO	SÍ	SÍ	2
L2	a	Heu tingut la impressió que algú podia llegir o escoltar els vostres pensaments, o que podíeu llegir o escoltar els pensaments d'altres persones?	NO	SÍ	▶ L6 SÍ	3
	b	Si SÍ : Actualment ho creieu?	NO	SÍ	SÍ	4
L3	a	Alguna vegada heu cregut que algú o una força externa han ficat pensaments aliens en el vostre cap o us van fer actuar d'una manera no usual? Alguna vegada heu tingut la impressió que estàveu posseït?	NO	SÍ	▶ L6 SÍ	5
ENTREVISTADOR: DEMANEU EXEMPLES I DESCARTEU QUALESVOL COSA QUE NO SIGUI PSICÒTICA.						
	b	Si SÍ : Actualment ho creieu?	NO	SÍ	SÍ	6
L4	a	Alguna vegada heu cregut que us envien missatges especials a través de la ràdio, el televisor o el diari, o que una persona que no coneixíeu personalment s'interessava particularment per la vostra persona?	NO	SÍ	▶ L6 SÍ	7
	b	Si SÍ : Actualment ho creieu?	NO	SÍ	SÍ	8
L5	a	Els vostres familiars o amics pensen que algunes de les vostres creences són estranyes o poc usuals?			▶ L6 SÍ	
ENTREVISTADOR: DEMANEU EXEMPLES. CODIFIQUEU «SÍ» NOMÉS SI ELS EXEMPLES SÓN CLARAMENT IDEES DELIRANTS NO EXPLORADES EN LES PREGUNTES L1 A L4, PER EXEMPLE, DELIRIS SOMÀTICS, RELIGIOSOS O DE GRANDESA, GELOSIA, CULPA, RUÏNA O DESTITUCIÓ, ETC.						
	b	Si SÍ : Actualment, els altres consideren les vostres idees estranyes?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	Alguna vegada heu escoltat coses que altres persones no podien escoltar, com ara veus?	NO	SÍ		11
LES AL·LUCINACIONS SÓN CODIFICADES COM A «ESTRANYES» NOMÉS SI EL PACIENT CONTESTA «SÍ» A LA PREGUNTA SEGÜENT:						
Si SÍ : Heu escoltat una veu que comentava els vostres pensaments o actes, o vau escoltar dues o més veus conversant entre elles?						
	b	Si SÍ : Heu escoltat aquestes coses el mes passat?	NO	SÍ	SÍ	12
					▶ L8b	

L7 a Alguna vegada, estant despert, heu tingut visions o heu vist coses que els altres no podien veure? **NO SÍ 13**

ENTREVISTADOR: INVESTIGUEU SI AQUESTES VISIONS SÓN CULTURALMENT INAPROPIADES.

b Si **SÍ**: Heu vist aquestes coses el mes passat? **NO SÍ 14**

SEGONS EL PUNT DE VISTA DE LA PERSONA QUE FA L' ENTREVISTA:

L8 b EL PACIENT PRESENTA ACTUALMENT UN LLENGUATGE DESORGANITZAT, INCOHERENT O AMB UNA PÈRDUA MARCADA DE LES ASSOCIACIONS? **NO SÍ 15**

L9 b EL PACIENT PRESENTA ACTUALMENT UN COMPORTAMENT DESORGANITZAT O CATATÒNIC? **NO SÍ 16**

L10b HI HA SÍMPTOMES NEGATIUS D 'ESQUIZOFRÈNIA PROMINENTS DURANT L'ENTREVISTA (UN APLANAMENT AFECTIU SIGNIFICATIU, POBRESA DEL LLENGUATGE [ALÒGIA] O INCAPACITAT PER INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVITATS AMB UNA FINALITAT DETERMINADA)? **NO SÍ 17**

L11 HEU CODIFICAT «**SÍ ESTRANY**» EN 1 O MÉS PREGUNTES «b»? **NO SÍ**

o

HEU CODIFICAT «**SÍ**» (EN LLOC DE «**SÍ ESTRANY**») EN 2 O MÉS PREGUNTES «b»? **TRASTORN PSICÒTIC ACTUAL**

L12 HEU CODIFICAT «**SÍ ESTRANY**» EN 1 O MÉS PREGUNTES «a»? **NO SÍ 18**

o

HEU CODIFICAT «**SÍ**» (EN LLOC DE «**SÍ ESTRANY**») EN 2 O MÉS PREGUNTES «a»? **TRASTORN PSICÒTIC PER A TOTA LA VIDA**

VERIFIQUEU QUE ELS DOS SÍMPTOMES VAN OCÓRRER DURANT EL MATEIX PERÍODE DE TEMPS.

o HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **L11**?

L13 a HEU CODIFICAT «**SÍ**» A 1 O MÉS PREGUNTES D'**L1b A L7b** I

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A EPISODI DEPRESSIU MAJOR (ACTUAL)

o

EPISODI MANÍAC (ACTUAL O PASSAT)? **NO SÍ**

b SI HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **L1EA**:

Anteriorment m'heu dit que vau experimentar un o més períodes en què us sentíeu (deprimit / exaltat / particularment irritable). Aquestes creences o experiències que m'acabeu de descriure (SÍMPTOMES CODIFICATS «**SÍ**» DE L1b A L7b) es limitaven exclusivament als períodes en què us vau sentir deprimit/exaltat/irritable? **NO SÍ 19**

TRASTORN DE L'ESTAT D'ÀNIM AMB SÍMPTOMES PSICÒTICS ACTUAL

M. Anorèxia nerviosa

(▶▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

M1 a Quant feu, d'alçada? peus polzades
 cm

b Els darrers 3 mesos, quin ha estat el vostre pes més baix? lliures
 kg

c EL PES DEL PACIENT ÉS INFERIOR AL PES MÍNIM CORRESPONENT A LA SEVA ALÇADA (VEGEU TAULA A CONTINUACIÓ)? ▶▶
NO SÍ

Els 3 darrers mesos:

M2 Tot i el baix pes, evitàveu engreixar-vos? ▶▶ **NO SÍ 1**

M3 Malgrat el baix pes, us feia por guanyar pes o tornar-vos gras? ▶▶ **NO SÍ 2**

M4 a Us consideràveu gras, o que una part del vostre cos era massa grassa? **NO SÍ 3**
 b Va influir molt el vostre pes o la vostra figura en l'opinió que teníeu vostra personal? **NO SÍ 4**
 c Pensàveu que el vostre baix pes era normal o excessiu? **NO SÍ 5**

M5 HEU CODIFICAT «SÍ» EN UNA O MÉS RESPOSTES DE **M4**? ▶▶ **NO SÍ**

M6 **NOMÉS PER A DONES:** Els últims 3 mesos, vau deixar de tenir tots els períodes mensuals, tot i que els havíeu de tenir (quan no estàveu embarassada)? ▶▶ **NO SÍ 6**

PER A DONES: HEU CODIFICAT «SÍ» A **M5** I **M6**?

PER A HOMES: HEU CODIFICAT «SÍ» A **M5**?

NO SÍ
ANORÈXIA NERVIOSA ACTUAL

TAULA LLINDAR D'ALÇADA / PES MÍNIM (alçada sense sabates; pes sense roba)

Dona alçada/pes															
Peus/polzades	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	
Lliures	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	
Home alçada/pes															
Peus/polzades	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
Lliures	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

Els llindars de pesos anteriorment esmentats són calculats un 15% per sota de l'escala normal de l'alçada i el sexe del pacient tal com ho requereix el DSM-IV. Aquesta taula reflecteix els pesos un 15% per sota del límit inferior de l'escala de distribució normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de gener del 2000)

N. Bulímia nerviosa

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

N1	Els 3 darrers mesos, us heu afartat o fet tips ('atracones') en què menjàveu grans quantitats d'aliments en un període de 2 hores?	▶▶ NO	SÍ	7
N2	Els 3 darrers mesos, us heu afartat almenys 2 vegades per setmana?	▶▶ NO	SÍ	8

N3	Durant aquests farts, us sentiu descontrolat menjant?	▶▶ NO	SÍ	9
N4	Feu alguna cosa per compensar o evitar guanyar pes a conseqüència d'aquests farts, com vomitar, fer dejú, practicar exercici, prendre laxants, ènemes, diürètics (pastilles d'aigua) o altres medicaments?	▶▶ NO	SÍ	10
N5	Influeix molt en l'opinió que teniu vostra pròpia, el vostre pes o la figura del vostre cos?	▶▶ NO	SÍ	11

N6 ELS SÍMPTOMES DEL PACIENT COMPLEIXEN AMB ELS CRITERIS D'ANORÈXIA NERVIOSA?

NO **SÍ**

↓
Aneu a **N8**

N7 Us feu aquests farts només quan esteu per sota de (.....lliures/kg)?

(ENTREVISTADOR: ESCRIVIU AL PARÈNTESEI EL PES MÍNIM D'AQUEST PACIENT EN RELACIÓ AMB LA SEVA ALÇADA, BASAT EN LA TAULA D'ALÇADA/PES QUE HI HA AL MÒDUL D'ANORÈXIA NERVIOSA.)

NO **SÍ** **12**

N8 HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **N5** O HEU CODIFICAT «**NO**» A **N7** O HEU SALTAT A **N8**?

NO **SÍ**

BULÍMIA NERVIOSA ACTUAL

HEU CODIFICAT «**SÍ**» A **N7**?

NO **SÍ**

ANORÈXIA NERVIOSA TIPUS COMPULSIU/PURGATIU ACTUAL

O. Trastorn d'ansietat generalitzada

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES, ENCERCLEU «NO» EN CADASCUNA I CONTINUEU AMB EL MÒDUL SEGÜENT)

O1	aUs heu sentit excessivament preocupat o ansiós a causa de diverses coses durant els darrers 6 mesos?	▶ NO	SÍ	1
	b Es presenten aquestes preocupacions gairebé tots els dies?	▶ NO	SÍ	2
	CODIFIQUEU «SÍ», SI L'ANSIETAT DEL PACIENT ÉS RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENT, O MILLOR EXPLICADA PER QUALSEVOL DELS TRASTORNS PRÈVIAMENT DISCUTITS.	▶ NO	SÍ	3

O2	Us resulta difícil controlar aquestes preocupacions o interfereixen per concentrar-vos en el que feu?	▶ NO	SÍ	4
----	---	---------	----	---

O3 CODIFIQUEU «NO» SI ELS SÍMPTOMES ES LIMITEN A TRETS DE QUALSEVOL DELS TRASTORNS PRÈVIAMENT EXPLORATS.

Els darrers 6 mesos quan estàveu ansiós, gairebé tot el temps:

a	Us sentíeu inquiet, intranquil o agitat?	NO	SÍ	5
b	Us sentíeu tens?	NO	SÍ	6
c	Us sentíeu cansat, fluix o us esgotàveu fàcilment?	NO	SÍ	7
d	Us costava concentrar-vos, o notàveu que la ment se us quedava en blanc?	NO	SÍ	8
e	Us sentíeu irritable?	NO	SÍ	9
f	Teníeu dificultats dormint (dificultat per quedar-vos dormint, us despertàveu durant la nit o massa aviat, o dormíeu en excés)?	NO	SÍ	10

HEU CODIFICAT «SÍ» EN 3 O MÉS RESPOSTES D'O3?

NO	SÍ
TRASTORN D'ANSIETAT GENERALITZADA ACTUAL	

P. Trastorn antisocial de la personalitat (opcional)

(▶ SIGNIFICA: ANEU A LES CASELLES DIAGNÒSTIQUES I ENCERCLEU «NO»)

P1 Abans de complir els 15 anys:

- | | | | |
|---|-----------|-----------|----------|
| a Us saltàveu l'escola o us escapàveu i dormíeu fora de casa amb freqüència? | NO | SÍ | 1 |
| b Mentíeu, fèieu trampa, estafàveu o robàveu amb freqüència? | NO | SÍ | 2 |
| c Iniciàveu baralles o hi incitàveu els altres, els amenaçàveu o els intimidàveu? | NO | SÍ | 3 |
| d Destruíeu coses deliberadament o començàveu focs? | NO | SÍ | 4 |
| e Maltractàveu els animals o les persones deliberadament? | NO | SÍ | 5 |
| f Vau forçar algú a tenir relacions sexuals conjuntes? | NO | SÍ | 6 |

HEU CODIFICAT «**SÍ**» EN **2** O MÉS RESPOSTES DE **P1**? **▶▶**
NO **SÍ**

NO CODIFIQUEU «**SÍ**», SI LA CONDUCTA ÉS NOMÉS PER MOTIUS POLÍTICS O RELIGIOSOS.

P2 Després de complir els 15 anys:

- | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|
| a Us heu comportat repetidament d'una manera que altres considerarien irresponsable, com no pagar els vostres deutes, ser deliberadament impulsiu o deliberadament no treballar per mantenir-vos? | NO | SÍ | 7 |
| b Heu fet coses que són il·legals fins i tot si no us han descobert (p. ex., destruir la propietat, robar articles a les botigues, furtar, vendre drogues o cometre algun tipus de delictes)? | NO | SÍ | 8 |
| c Heu participat repetidament en baralles físiques (incloent-hi les baralles que hàgiu tingut amb el vostre cònjuge o amb els vostres fills)? | NO | SÍ | 9 |
| d Heu mentit o estafat els altres amb l'objectiu d'aconseguir diners o per plaer, o vau mentir per divertir-vos? | NO | SÍ | 10 |
| e Heu exposat altres persones a perills sense que us importés? | NO | SÍ | 11 |
| f No heu sentit culpabilitat després de fer mal a altres persones, maltractar-les, mentir-les o robar-les, o després de danyar la propietat dels altres? | NO | SÍ | 12 |

HEU CODIFICAT «**SÍ**» EN **3** O MÉS RESPOSTES DE **P2**?

NO **SÍ**
**TRASTORN ANTISOCIAL
 DE LA PERSONALITAT
 PER A TOTA LA VIDA**

I AMB AIXÒ CONCLOU L'ENTREVISTA

Referències

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 (supl. 20): 22-23.

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

Traduccions	MINI 4.4 o versions prèvies	MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 i MINI Screen 5.0
Africà		R. Emsley
Alemany	I. V. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Àrab		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgar		L.G. Hranov
Txec		P. Zvlosky
Xinès		L. Carroll, K-d Juang
Coreà		En preparació
Croata		En preparació
Danès	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Eslovè	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanyol	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
Estonià		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finès	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francès	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J. P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grec	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandès/Flamenc	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Hongarès	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Anglès	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandès		J. G. Stefansson
Italià	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonès		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letó	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noruec	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polonès	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portuguès	P. Amorim, T. Guterres	
Portuguès-brasilera	P. Amorim	P. Amorim
Panjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romanès		O. Driga
Rus		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Serbi	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Tswana		K. Ketlogetswe
Suec	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turc	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

L'estudi de validesa d'aquest instrument va ser possible, en part, gràcies a una beca de l'SmithKline Beecham i la Comissió Europea. Els autors agraeixen a la Dra. Pauline Powers les seves recomanacions en les seccions sobre anorèxia nerviosa i bulímia.

4. QÜESTIONARI MBI-GS

Característiques

Qüestionari per al diagnòstic de la síndrome de burnout que pot ser administrat a tots els treballadors i treballadores independentment de les tasques que realitzin. Està format per tres escales: esgotament, cinisme i eficàcia professional.

Puntuació

Per obtenir les puntuacions de cada escala s'han de sumar les obtingudes en cadascun dels ítems que pertanyen a cada escala i dividir el resultat pel nombre d'ítems de l'escala. Per exemple, per obtenir la puntuació en l'escala d'*esgotament* s'han de sumar les puntuacions dels ítems 1, 2, 3, 4 i 6 i dividir el total per 5. El mateix procediment s'ha de seguir per a les escales de *cinisme* (dividint la puntuació per 4) i d'*eficàcia professional* (dividint per 6).

Escales	Ítems
Esgotament	1, 2, 3, 4, 6
Cinisme	8, 9, 13, 14
Eficàcia professional	5, 7, 10, 11, 12, 15

En la taula següent es mostren les puntuacions obtingudes en l'estudi de validació de la versió espanyola portat a terme en una mostra de 1.963 treballadors i treballadores de diverses ocupacions.⁹⁷ Els autors recomanen l'ús d'aquest qüestionari per a una primera mesura de burnout, comparant els valors obtinguts amb els de la mostra. Altes puntuacions en les dimensions d'esgotament i de cinisme juntament amb baixes puntuacions en eficàcia professional seran indicadores de burnout.

	Esgotament	Cinisme	Eficàcia professional
Molt baix	< 0,4	< 0,2	< 2,83
Baix	0,5 - 1,2	0,3 - 0,5	2,83 - 3,83
Mitjà (baix)	1,3 - 2	0,6 - 1,24	3,84 - 4,5
Mitjà (alt)	2,1 - 2,8	1,25 - 2,25	4,51 - 5,16
Alt	2,9 - 4,5	2,26 - 4	5,17 - 5,83
Molt alt	> 4,5	> 4	> 5,83
Mitjana i desviació estàndard	2,12 (1,23)	1,5 (1,3)	4,45 (0,9)

4. QÜESTIONARI MBI-GS

A continuació trobareu quinze frases referides a la manera com us sentiu en relació amb la vostra feina. Si us plau, responeu cada frase marcant la freqüència amb què us trobeu en cada situació seguint la puntuació que es mostra al principi del text (0 = mai / cap vegada, 1 = gairebé mai / poques vegades l'any, etc.). Marqueu amb una creu el número que correspongui en cada frase.

0	1	2	3	4	5	6					
Mai / Cap vegada	Gairebé mai / Poques vegades l'any	Algunes vegades / Un cop al mes o menys	Regularment / Poques vegades al mes	Sovint / Un cop per setmana	Gairebé sempre / Molts cops per setmana	Sempre / Cada dia					
1. Estic emocionalment esgotat per la feina.....	0	1	2	3	4	5	6				
2. Estic "consumit" al final d'un dia de feina	0	1	2	3	4	5	6				
3. Estic cansat quan em llevo al matí i he d'afrontar un altre dia al meu lloc de treball.	0	1	2	3	4	5	6				
4. Treballar tot el dia és una tensió per a mi	0	1	2	3	4	5	6				
5. Puc resoldre de manera eficaç els problemes que em sorgeixen a la feina	0	1	2	3	4	5	6				
6. Estic "cremat" per la feina	0	1	2	3	4	5	6				
7. Contribueixo efectivament al que fa la meva organització	0	1	2	3	4	5	6				
8. He perdut interès per la feina d'ençà que vaig començar en aquest lloc de treball	0	1	2	3	4	5	6				
9. He perdut entusiasme per la meva feina	0	1	2	3	4	5	6				
10. En la meva opinió, sóc bo en el meu lloc	0	1	2	3	4	5	6				
11. M'estimula aconseguir objectius en la meva feina	0	1	2	3	4	5	6				
12. He aconseguit moltes coses valuoses en aquest lloc de treball	0	1	2	3	4	5	6				
13. M'he tornat més cínic respecte a la utilitat de la meva feina	0	1	2	3	4	5	6				
14. Dubto de la transcendència i el valor de la meva feina	0	1	2	3	4	5	6				
15. A la feina, tinc la seguretat que sóc eficaç en la finalització de les coses	0	1	2	3	4	5	6				

5. GUIÓ D'ENTREVISTA PER A LA IDENTIFICACIÓ DELS FACTORS DE RISC LABORAL PSICOSOCIAL

El model “The Management Standards for Work-related Stress”, que s’ha traduït i adaptat, basa la identificació de riscos en l’acompliment d’estàndards. Per determinar el nivell d’acompliment es té en compte la percepció de la persona afectada i aspectes concrets de l’organització de la feina a l’empresa. Les sis àrees bàsiques (exigències, control, suport, relacions, canvi i rols) s’han complementat amb altres riscos rellevants identificats en la revisió bibliogràfica.

5.1. Exigències psicològiques

Inclou el volum de treball, la pressió de temps i les interrupcions.

L’estàndard és el següent:

- La persona indica que és capaç de fer front a les exigències de la seva feina, i
- Disposa de sistemes accessibles per respondre a les seves preocupacions en aquest aspecte.

Situació que s’hauria d’assolir:

- L’organització demana al treballador o treballadora unes exigències adequades i assolibles en relació amb les hores de treball legalment establertes.
- Les capacitats i habilitats de la persona es corresponen amb les exigències que se li demanen.
- Les tasques estan dissenyades tenint en compte les capacitats del treballador o treballadora.
- S’atenen les seves preocupacions respecte al seu entorn de treball.

Algunes característiques de la jornada de treball que es podrien incloure sota la dimensió de les exigències psicològiques tenen un efecte negatiu sobre la salut mental. L’evidència més sòlida es refereix a les llargues jornades de treball, especialment en combinació amb altres aspectes adversos com ara les jornades irregulars, el baix control sobre el treball o les demandes intenses.^{103,104,105,106,107} Treballar més de cinquanta hores setmanals té efectes perjudicials per a la salut i el benestar, i alguns estudis indiquen un efecte igualment negatiu de jornades inferiors.¹⁰⁸

Quant al treball per torns, alguns articles de revisió indiquen limitacions metodològiques de la recerca en aquest camp, com per exemple que la població que treballa a torns està esbiaixada i que no s’ha descartat clarament l’efecte de causalitat inversa. Tot i així les conclusions d’aquesta revisió són que el treball a torns (torns dia-nit anormals) està relacionat amb la salut mental.¹⁰⁹

5.2. Control

Fins a quin punt el treballador o treballadora pot decidir com fer la seva feina.

L’estàndard és el següent:

- La persona ha de percebre que té influència sobre la manera de fer la seva feina, i
- Disposa de sistemes accessibles per respondre a les seves preocupacions en aquest aspecte.

Situació que s’hauria d’assolir:

- Tant com sigui possible, la persona té control sobre la velocitat del seu treball.

- Es fomenta que utilitzi les seves habilitats i la pròpia iniciativa per fer la seva feina.
- Tant com sigui possible, es fomenta que desenvolupi noves habilitats que l'ajudin a assumir noves tasques més estimulants.
- L'organització fomenta que el treballador o treballadora desenvolupi les seves habilitats.
- El treballador o treballadora té influència sobre el moment que s'han de fer les pauses.
- Es consulta el treballador o treballadora sobre l'organització del seu treball.

5.3. Suport social

5.3.1. Suport operatiu

Inclou l'ànim, el suport i els recursos adequats per part de l'organització, els comandaments i els companys i companyes.

L'estàndard és el següent:

- La persona indica que rep informació i suport adequats dels seus companys i companyes i superiors, i
- Disposa de sistemes accessibles per respondre a les seves preocupacions en aquest aspecte.

Situació que s'hauria d'assolir:

- L'organització té polítiques i procediments per donar suport adequadament al treballador o treballadora.
- Hi ha sistemes que permeten i fomenten el suport dels comandaments al seu personal.
- Hi ha sistemes que permeten i fomenten el suport de les persones als seus companys i companyes.
- La persona coneix de quin suport disposa i com i quan pot accedir-hi.
- La persona coneix com pot accedir als recursos que necessita per realitzar la seva feina.
- El treballador o treballadora rep retroalimentació (feedback) regular i constructiva.

5.3.2. Suport emocional

Inclou la promoció del treball positiu per evitar conflictes i gestionar conductes inacceptables.

L'estàndard és el següent:

- La persona indica que no està exposada a conductes inacceptables com ara l'assetjament psicològic, i
- Disposa de sistemes accessibles per respondre a les seves preocupacions en aquest aspecte.

Situació que s'hauria d'assolir:

- L'organització promou conductes positives en el treball, evita conflictes i assegura un tracte just.
- El personal del grup de treball del treballador o treballadora comparteix informació rellevant per a la seva feina.
- L'organització disposa de polítiques i procediments consensuats per prevenir o resoldre conductes inacceptables.
- Hi ha sistemes que permeten i fomenten que els comandaments gestionin les conductes inacceptables.
- Hi ha sistemes que permeten i fomenten que el personal notifiqui les conductes inacceptables.

5.3.2.1. Assetjament psicològic

Un cas extrem de manca de suport en la feina és l'exposició a conductes hostils. L'assetjament psicològic és una conducta que es caracteritza per la presència d'accions hostils que es repeteixen al llarg d'un cert període de temps; en aquest sentit és útil la referència de sis mesos, que és el temps considerat

en la definició de cas dels estudis de Leymann.^{35,110} Cal tenir en compte, però, que si la intensitat de l'acció és suficient hi pot haver efectes en la salut en períodes inferiors.³⁴ La intencionalitat de la persona assetjadora (la destrucció de la identitat de la persona assetjada) és un altre element característic de l'assetjament, així com la manca de simetria de les dues parts (relació dominant-dominat). L'assetjament descendent (de superior a subordinat o subordinada) és el més freqüent, tot i que també es pot donar entre companys i companyes. El Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT)³⁷ inclou 45 accions hostils possibles, agrupades en cinc categories:

Accions que redueixen les possibilitats de la víctima de comunicar-se adequadament amb altres persones

1. El cap o la persona assetjadora no permet a la víctima la possibilitat de comunicar-se.
2. S'interromp contínuament la víctima quan parla.
3. Els companys o companyes li impedeixen expressar-se.
4. Els companys o companyes criden i injurien la víctima en veu alta.
5. Es produeixen atacs verbals amb els quals es critiquen treballs realitzats.
6. Es produeixen crítiques cap a la vida privada de la víctima.
7. Es terroritza la víctima amb trucades telefòniques.
8. Se l'amenaça verbalment.
9. Se l'amenaça per escrit.
10. Es rebutja el contacte amb la víctima evitant el contacte visual, mitjançant gestos de rebuig, desdeny o menyspreu, etc.).
11. S'ignora la seva presència, per exemple dirigint-se exclusivament a tercers (com si no veiessin la víctima o no existís).

Accions per evitar que la víctima tingui la possibilitat de mantenir contactes socials

12. No es parla mai amb la víctima.
13. La persona assetjadora no li deixa que se li dirigeixi.
14. Se li assigna un lloc de treball que l'aïlla dels seus companys.
15. Es prohibeix als companys o companyes parlar amb la víctima.
16. Es nega la presència física de la víctima.

Accions adreçades a desacreditar la víctima o impedir-li mantenir la seva reputació personal o laboral

17. Es maleeix o es calumnia la víctima.
18. Es fan córrer tafaneries i rumors orquestrats per la persona assetjadora.
19. Es ridiculitza la víctima.
20. S'atribueix a la víctima ser una persona malalta mental.
21. S'intenta forçar un examen o diagnòstic psiquiàtric.
22. Es confabula o s'inventa una suposada malaltia de la víctima.
23. S'imiten els gestos, la postura, la veu i el tarannà de la víctima amb la intenció de ridiculitzar-los.
24. S'ataquen les seves creences polítiques o religioses.
25. Es fa burla de la seva vida privada.
26. Es fa burla dels seus orígens o la seva nacionalitat.
27. Se l'obliga a realitzar un treball humiliant.
28. Es monitoritza, s'anota, es registra i es consigna inequitàtivament la feina de la víctima en termes malintencionats.

29. Es qüestionen o es contesten les decisions preses per la víctima.
30. Se l'injuria en termes obscens o degradants.
31. Se l'assetja sexualment amb gestos o proposicions.

Accions adreçades a reduir l'ocupació de la víctima i la seva 'empleabilitat' mitjançant la desacreditació professional

32. No s'assigna cap feina a la víctima.
33. Se la priva de qualsevol ocupació i es vetlla perquè no pugui trobar cap altra tasca per ella mateixa.
34. Se li assignen tasques totalment inútils o absurdes.
35. Se li assignen tasques molt inferiors a la seva capacitat o competència professional.
36. Se li assignen sense parar tasques noves.
37. Se li fan fer treballs humiliants.
38. Se li assignen tasques que exigeixen una experiència superior a les seves competències professionals.

Accions que afecten la salut física o psíquica de la víctima

39. Se l'obliga a realitzar treballs perillosos o especialment nocius per a la salut.
40. Se l'amenaça físicament.
41. Se l'agredeix físicament, però sense gravetat, a títol d'avertència.
42. Se l'agredeix físicament, però sense contenir-se.
43. Se li ocasionen voluntàriament despeses amb intenció de perjudicar-la.
44. S'ocasionen desperfectes en el seu lloc de treball o en el seu domicili.
45. Se l'agredeix sexualment.

5.4. Rol

Les persones entenen el seu rol dins l'organització, i l'organització s'assegura que les persones no tenen rols conflictius.

L'estàndard és el següent:

- La persona indica que entén el seu rol i sap quines són les seves responsabilitats.
- Disposa de sistemes accessibles per respondre a les seves preocupacions en aquest aspecte.

Situació que s'hauria d'assolir:

- L'organització assegura que les diferents demandes que es fan al treballador o treballadora són compatibles.
- L'organització dóna informació a la persona que li permet entendre el rol i les responsabilitats que té.
- L'organització assegura, tant com sigui possible, que les demandes que fa al treballador o treballadora són clares.
- La persona disposa de sistemes que li permeten manifestar les seves preocupacions sobre incerteses o conflictes que pugui tenir respecte al seu rol i les seves responsabilitats.

5.5. Canvis

La manera com es gestionen i es comuniquen els canvis organitzacionals (grans o petits) en el si de la mateixa organització.

L'estàndard és el següent:

- La persona indica que l'organització la consulta freqüentment quan porta a terme un canvi organitzacional.
- Disposa de sistemes accessibles per respondre a les seves preocupacions en aquest aspecte.

Situació que s'hauria d'assolir:

- L'organització proporciona informació puntual que permet entendre a la persona les raons dels canvis que es proposen.
- L'organització assegura que es consulta adequadament els treballadors respecte als canvis i els proporciona l'oportunitat per influir en les propostes.
- La persona és conscient del probable impacte que tindrà cadascun dels canvis en el seu lloc de treball. Si és necessari, se li proporciona formació per dur a terme els canvis en el seu lloc.
- El treballador o treballadora coneix el calendari d'implementació dels canvis.
- La persona té accés a un suport rellevant durant la implementació dels canvis.

A continuació, es fan recomanacions per identificar altres riscos ben establerts en la literatura científica segons la metanàlisi de Stansfeld et al. i no inclosos en els sis eixos de l'MSWRS.

5.6. Salari adequat

Tot i ser un element difícil d'avaluar, la comparació amb altres llocs de treball dins i fora de la mateixa empresa, la percepció del mateix treballador o treballadora, així com la forma de pagament del salari (a preu fet, una part a comissió...), poden ser elements útils per valorar-lo.

5.7. Perspectives de promoció

La promoció que ha tingut la persona des que va començar a treballar a l'empresa, així com l'existència d'una política explícita de promoció interna, són elements que cal valorar.

5.8. Inestabilitat laboral

El risc de perdre la feina és una situació que pot ser especialment estressant sobretot per als treballadors o treballadores amb més dificultats per aconseguir-ne (les dones, les persones més grans o les menys qualificades). El tipus de relació laboral, la percepció del treballador o treballadora respecte a la probabilitat de perdre la feina en els dos anys següents, la política de Recursos Humans en aquest aspecte o les situacions presents o previsibles de reestructuració, deslocalització o similars, són elements que cal considerar per avaluar aquest risc.

5.9. Treballar per sota de la pròpia qualificació

Pot ser útil comparar les tasques realitzades pel treballador o treballadora amb les que realitzen altres persones amb una titulació de nivell similar, sigui en la mateixa empresa o en una altra.

5.10. Treball emocional

Mostrar públicament una emoció determinada com a part de la pròpia feina és el que caracteritza el treball emocional. Si bé pot ser font de satisfacció, també pot suposar un risc per a la salut en el cas de discordança entre les pròpies emocions i les que s'han de transmetre.¹¹¹ Aquest és un element que s'ha de valorar en tots els casos de treball de cara al públic.

6. VERSIÓ REDUÏDA DEL QÜESTIONARI PSQ CAT21 COPSOQ

Característiques

Qüestionari que pot ser utilitzat per valorar individualment l'exposició psicosocial en el lloc de treball, que inclou sis grans grups de factors de risc. Per respondre al qüestionari cal triar una única resposta per a cadascuna de les preguntes.

Puntuació

Per obtenir les puntuacions finals s'han de sumar els valors de les respostes de cada apartat i comparar-los amb la taula següent, que conté els intervals de la població de referència (resultats obtinguts en una mostra representativa de la població ocupada de la comunitat autònoma de Navarra, que també és representativa de la població ocupada espanyola).

Apartat	Dimensió Psicosocial	Puntuació apartat	Puntuacions per a la població ocupada de referència		
			Verd	Groc	Vermell
1	Exigències psicològiques		0 - 7	8 - 10	11 - 24
2	Treball actiu i possibilitats de desenvolupament (influència, desenvolupament d'habilitats, control dels temps)		40 - 26	25 - 21	20 - 0
3	Inseguretat		0 - 1	2 - 5	6 - 16
4	Suport social i qualitat de lideratge		40 - 29	28 - 24	23 - 0
5	Doble presència		0 - 3	4 - 6	7 - 16
6	Estima		16 - 13	12 - 11	10 - 0

La interpretació dels tres nivells de comparació és la següent:

Verd: nivell d'exposició psicosocial més favorable per a la salut.

Groc: nivell d'exposició psicosocial intermedi.

Vermell: nivell d'exposició psicosocial més desfavorable per a la salut.

6. VERSIÓ REDUÏDA DEL QÜESTIONARI PSQ CAT21 COPSOQ

Si us plau, llegiu detingudament totes les preguntes i trieu, amb sinceritat, la resposta que considereu més adient per a cadascuna.

APARTAT 1					
	sempre	moltes vegades	de vegades	només alguna vegada	mai
1. Has de treballar molt de pressa?	4	3	2	1	0
2. La distribució de tasques és irregular i provoca que se t'acumuli la feina?	4	3	2	1	0
3. Tens temps de portar la feina al dia?	0	1	2	3	4
4. Et costa oblidar els problemes de la feina?	4	3	2	1	0
5. La teva feina, en general, és desgastadora emocionalment?	4	3	2	1	0
6. La teva feina requereix que amaguis les teves emocions?	4	3	2	1	0
Suma dels codis de les respostes a les preguntes 1 a 6 =					
APARTAT 2					
	sempre	moltes vegades	de vegades	només alguna vegada	mai
7. Tens influència sobre la quantitat de treball que se t'assigna?	4	3	2	1	0
8. Es té en compte la teva opinió quan se t'assignen les tasques?	4	3	2	1	0
9. Tens influència sobre l'ordre en què realitzes les feines?	4	3	2	1	0
10. Pots decidir quan fas un descans?	4	3	2	1	0
11. Si tens algun assumpte personal o familiar, pots deixar el teu lloc de treball almenys una hora, sense haver de demanar un permís especial?	4	3	2	1	0
12. La teva feina requereix que tinguis iniciativa?	4	3	2	1	0
13. La teva feina permet que aprenguis coses noves?	4	3	2	1	0
14. Et sents compromès amb la teva professió?	4	3	2	1	0
15. Tenen sentit les teves feines?	4	3	2	1	0
16. Parles amb entusiasme de la teva empresa a altres persones?	4	3	2	1	0
Suma dels codis de les respostes a les preguntes 7 a 16 =					
APARTAT 3					
En aquests moments estàs preocupat/da per..:	molt preocupat	bastant preocupat	més o menys preocupat	poc preocupat	gens preocupat
17. ... com seria de difícil trobar una altra feina en el cas que et quedessis a l'atur?	4	3	2	1	0
18. ...si et canvien les tasques contra la teva voluntat?	4	3	2	1	0
19. ... si et varien el salari (que no te l'actualitzin, que te l'abaixin, que introdueixin el salari variable, que et paguin en espècie, etc.)?	4	3	2	1	0
20. ... si et canvien l'horari (torn, dies de la setmana, hores d'entrada i sortida) contra la teva voluntat?	4	3	2	1	0
Suma dels codis de les respostes a les preguntes 17 a 20 =					

6. VERSIÓ REDUÏDA DEL QÜESTIONARI PSQ CAT21 COPSOQ

APARTAT 4					
	sempre	moltes vegades	de vegades	només alguna vegada	mai
21. Saps exactament quin marge d'autonomia tens en la teva feina?	4	3	2	1	0
22. Saps exactament quines tasques són responsabilitat teva?	4	3	2	1	0
23. En la teva empresa, se t'informa amb prou antelació dels canvis que poden afectar el teu futur?	4	3	2	1	0
24. Repts tota la informació que necessites per fer bé la teva feina?	4	3	2	1	0
25. Repts ajut i suport de les teves companyes o companys?	4	3	2	1	0
26. Repts ajut i suport del teu superior immediat?	4	3	2	1	0
27. El teu lloc de treball es troba aïllat del dels teus companys o companyes?	0	1	2	3	4
28. A la feina, sents que formes part d'un grup?	4	3	2	1	0
29. Els teus caps immediats planifiquen bé la feina?	4	3	2	1	0
30. Els teus caps immediats es comuniquen bé amb els treballadors i treballadores?	4	3	2	1	0
Suma dels codis de les respostes a les preguntes 21 a 30 =					
APARTAT 5					
<i>Aquest apartat està dissenyat per a persones treballadores que conviuen amb algú (parella, fills, pares...). Si vius sol o sola no responguis, passa directament a l'apartat 6.</i>					
31. Quina part de les feines familiars i domèstiques fas?					
Sóc el/la responsable principal i faig la major part de les feines familiars i domèstiques.					4
Faig aproximadament la meitat de les feines familiars i domèstiques.					3
Faig més o menys una quarta part de les feines familiars i domèstiques.					2
Només faig feines puntuals.					1
No faig cap o gairebé cap d'aquestes feines.					0
	sempre	moltes vegades	de vegades	només alguna vegada	mai
32. Si faltes algun dia a casa, les feines domèstiques que realitzes es queden sense fer?	4	3	2	1	0
33. Quan ets a l'empresa, penses en les feines domèstiques i familiars?	4	3	2	1	0
34. Hi ha moments en què necessaries ser a l'empresa i a casa alhora?	4	3	2	1	0
Suma dels codis de les respostes a les preguntes 31 a 34 =					
APARTAT 6					
	sempre	moltes vegades	de vegades	només alguna vegada	mai
35. Els meus superiors em donen el reconeixement que mereixo.	4	3	2	1	0
36. En les situacions difícils a la feina rebo el suport necessari.	4	3	2	1	0
37. A la feina em tracten injustament.	0	1	2	3	4
38. Si penso en tota la feina i l'esforç que he realitzat, el reconeixement que rebo en la meva feina em sembla adequat.	4	3	2	1	0
Suma dels codis de les respostes a les preguntes 35 a 38 =					

7. GUIÓ D'ENTREVISTA PER A L'EXPLORACIÓ D'ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS

La valoració de l'impacte d'esdeveniments vitals estressants recents, juntament amb la consideració de si l'estat de salut seria el mateix si no hi hagués hagut exposició a factors laborals, són els dos sistemes que es proposen per orientar la valoració de la relació causal del treball i el trastorn de salut (vegeu l'apartat 7). Els esdeveniments següents són els de major puntuació en l'escala de Holmes i Rahe. Les puntuacions es presenten com una orientació respecte al pes de cada esdeveniment en relació amb el de més puntuació. Es recomana que s'utilitzi com un guió d'entrevista sense determinar un punt de tall. El període de recordatori és de dotze mesos.

Esdeveniment	Puntuació
Mort del cònjuge	100
Divorci	73
Separació matrimonial	65
Empresonament	63
Mort d'un familiar proper	63
Lesió o malaltia personal	53
Matrimoni	50
Reconciliació matrimonial	45
Canvi notable en la salut o en la conducta d'un familiar	44
Embaràs	44
Dificultats sexuals	39
Existència d'un nou familiar (naixement, adopció, etc.)	39
Canvis importants en l'estat financer (guanyar o perdre més del que és habitual)	37
Mort d'un amic íntim	36
Increment important de les disputes conjugals	31
Grans desemborsaments de diners (compra de casa, negocis, etc.)	30

8. INTERVENCIIONS ORGANITZATIVES

Se suggereixen diferents alternatives d'actuació a partir de la traducció i adaptació de les indicacions del programa "The Management Standards for Work-related Stress", del Health and Safety Executive britànic:

8.1. Exigències

8.1.1. *Quanta feina hi ha?*

- S'ha d'assegurar que hi ha els recursos suficients per fer la feina assignada:
 - Si els recursos són insuficients, s'han d'establir prioritats.
 - El personal ha de tenir l'oportunitat de participar en el procés de priorització.
 - S'han de cobrir les baixes.
 - S'ha d'ajustar l'organització del treball per afrontar els pics de feina (és necessari cercar el consens amb la plantilla).
- Si el personal té poca feina, s'ha de pensar en la possibilitat de donar-li més responsabilitat, assegurant-se prèviament que té la formació necessària.
- S'ha de cercar l'equilibri que asseguri que el personal està interessat i ocupat, però no amb poca feina o amb massa o amb idees poc clares sobre la seva feina.
- És important desenvolupar plans de treball personal per assegurar que la plantilla sap el que significa la seva feina.

8.1.2. *El personal, és capaç de fer la seva feina?*

8.1.2.1. *Formació i desenvolupament*

- El personal ha de ser format perquè sigui capaç de fer la seva feina.
- S'han d'implantar plans de formació i desenvolupament que requereixin que les persones identifiquin oportunitats de formació i desenvolupament, que poden ser discutides amb els seus superiors.
- S'han de dissenyar sistemes per mantenir registres de formació actualitzats que permetin assegurar que tota la plantilla té les competències adequades i se sent còmoda amb les funcions de la seva feina.

8.1.2.2. *Comunicació*

- S'ha d'animar el personal a comunicar al seu superior al més aviat possible que se sent desbordat.
- S'ha de desenvolupar un sistema per notificar a la plantilla terminis que s'avancen de manera imprevista i qualsevol necessitat excepcional que requereixi allargar la jornada de treball.
- Els superiors han de parlar regularment amb el seu equip sobre les feines que s'han de fer, la qual cosa permet:
 - Ajudar els superiors a entendre els reptes que afronta l'equip en cada moment i les pressions sota les quals es troben.
 - Trobar maneres de compartir la feina i acordar maneres de treballar en equip.
 - Guanyar cohesió d'equip i compromís amb la feina. L'equip pot ser més responsable si entén què ha de succeir i quan. Assignar noves feines a un equip que ja té molta càrrega sense donar explicacions no és bo.
 - Assegurar que el personal i els representants sindicals estan d'acord amb els sistemes de treball per torns i que els torns són justos en termes de càrrega de treball.

- Guanyar comprensió i compromís en terminis exigents, imprevistos i qualsevol necessitat excepcional d'allargar l'horari de treball.
- Ajudar a gestionar absències inesperades. Tothom coneix les fases clau del projecte i el rol de cadascú.
- Els superiors han de donar exemple.

8.1.3. Com és, el clima laboral?

- S'ha d'avaluar el risc de violència física o verbal. Aquests problemes han de ser gestionats en col·laboració amb la plantilla i altres actors que hi puguin actuar (per exemple, la policia).
- Sempre que es pugui, el personal ha de tenir l'oportunitat de canviar l'hora d'entrada o sortida per poder fer front a pressions extralaborals com la cura de la canalla o els embussos de trànsit.
- S'ha de proporcionar formació al personal per afrontar situacions difícils com algunes trucades de telèfon o l'agressivitat del públic.

8.2. Control sobre el treball

8.2.1. El personal, té influència sobre les decisions?

- S'ha de proporcionar més control al personal permetent que la gent planifiqui la seva feina, prengui les seves decisions sobre com s'ha de fer la feina i com s'han d'abordar els problemes.
- S'han d'assignar responsabilitats als equips per portar projectes endavant. Algunes possibilitats són les següents:
 - Discutir i definir els equips al començament dels projectes.
 - Acordar els objectius i les metes.
 - Acordar les funcions dels membres de l'equip.
 - Acordar l'execució de les activitats.
 - Acordar la provisió de suport de gestió (per exemple, a través de reunions regulars per avaluar el progrés).
- Parlar sobre la manera de prendre les decisions en la unitat. Hi ha possibilitats d'implicar més l'equip en el projecte?

8.2.2. S'estan aprofitant adequadament les habilitats i capacitats de la plantilla?

- S'han d'enriquir les feines assegurant-se que el personal pot utilitzar diverses habilitats per aconseguir completar les seves tasques i que pot entendre com s'integra la seva feina en els objectius de la unitat.
- S'ha de parlar sobre les habilitats de les persones i si creuen que són capaces d'utilitzar-les bé. Es pot preguntar com els agradaria, a més a més del que ja fan, utilitzar les seves habilitats?

8.2.3. Quanta supervisió es necessita realment?

- Sempre que sigui possible, la supervisió s'ha de limitar als resultats. Les reunions regulars amb la plantilla poden aprofitar-se per comprovar com van les coses. En aquestes reunions, els superiors poden proporcionar consell i suport quan sigui necessari i assegurar que el personal afronta adequadament la feina.

Un entorn de suport és crucial. Els treballadors i treballadores necessiten saber que els superiors els fan costat, fins i tot quan les coses van malament o quan se senten incapaços d'afrontar noves pressions.

8.3. Suport operatiu

8.3.1. Els superiors, donen suport?

- Han de donar suport al personal, fins i tot quan les coses van malament.
- Han d'animar la plantilla a compartir les seves preocupacions sobre l'estrès relacionat amb el treball al més aviat possible.
- Han d'organitzar reunions d'equip per discutir les pressions sobre la unitat.
- Han de parlar regularment amb cadascuna de les persones de la unitat per identificar problemes o pressions.
- Han de valorar la diversitat, és a dir, no poden discriminar les persones per raó de la raça, el sexe o altres raons irrelevantes.
- Han de buscar exemples sobre la manera com agradaria a l'equip rebre bon suport dels superiors i dels col·legues.
- Han de preguntar als treballadors i treballadores com els agradaria obtenir el seu suport (política de portes obertes, reunions regulars, reunions quan hi ha noves demandes...).

8.3.2. Com es gestiona el temps de l'equip?

- S'ha de fomentar un bon equilibri entre el treball i la vida privada.
- El personal ha de prendre les vacances que li corresponen i utilitzar els temps assignats als àpats diaris.
- S'ha de parlar sobre el risc potencial d'estrès a la feina en les reunions d'equip.
- Quan sigui possible, s'hauria de donar flexibilitat horària per facilitar la compaginació de la vida laboral i la vida privada.

8.3.3. Els superiors, escolten el seu personal?

- Els superiors han d'escoltar el seu personal i acordar plans d'acció per abordar qualsevol problema. És important per a la plantilla sentir que la seva contribució a la feina és valorada.
- Els superiors han d'implicar el personal a l'hora d'identificar els problemes i treballar per solucionarlos. El personal ha de tenir l'oportunitat de contribuir-hi.
- L'empresa ha d'identificar maneres de proporcionar suport quan algú té problemes extralaborals.

8.3.4. Com s'aborden les necessitats dels equips?

- S'ha de proporcionar a tot el personal la formació adequada per realitzar la seva feina.
- S'ha de facilitar al nou personal la incorporació a l'equip i a l'empresa.
- S'ha de tenir en compte que les habilitats de les persones i les maneres com aborden la feina poden ser diferents.
- S'han d'organitzar accions individuals i d'equip per actualitzar la formació i les competències per realitzar la feina.
- S'ha d'assegurar que el personal sap prioritzar o sap cercar ajut si tenen prioritats incompatibles.
- Es pot proporcionar formació per a la gestió del temps, la prioritització, l'assertivitat, etc.

8.4. Suport emocional

8.4.1. Com es gestionen, les conductes inacceptables?

- Els superiors han de treballar amb l'equip per assegurar que no es produeixen conductes d'assetjament. Una manera de fer-ho és a través de procediments escrits amb les sancions corresponents.
- D'acord amb la plantilla i els representants sindicals, s'han d'elaborar polítiques per reduir o eliminar

el risc d'assetjament.

- S'han d'acordar i implantar procediments per prevenir o resoldre ràpidament conflictes en la feina i comunicar-ho a la plantilla.
- S'han d'acordar i implantar sistemes confidencials de notificació de les conductes inacceptables.
- S'han de difondre aquestes polítiques i assegurar que la direcció hi dóna suport.

8.4.2. Com funciona, l'equip?

- Els equips han d'estar constituïts per persones amb les habilitats i l'experiència adequades.
- El personal ha de tenir formació per afrontar i neutralitzar situacions difícils.
- L'equip ha de poder discutir conjuntament sobre la manera de construir relacions positives.
- És bo identificar maneres de celebrar els èxits (per exemple, dinars informals, aperitius...).

8.5. Rols

8.5.1. Fins a quin punt té clar el seu rol, el personal?

- El personal ha de tenir clarament definit el seu rol, per exemple a través d'un pla de treball que permeti entendre exactament els rols i les responsabilitats de cadascú.
- El personal ha de poder parlar amb el seu superior al més aviat possible si no té clares les seves prioritats o la naturalesa de les tasques a fer.
- Els superiors han de parlar regularment amb el personal per assegurar que té clar en què consisteix i què implica la seva feina, el que s'espera del personal i el que el personal espera dels seus superiors.
- A les reunions de treball s'han de clarificar els rols de cadascú i discutir qualsevol conflicte de rol.
- S'han de mostrar els objectius de l'equip per ajudar a clarificar el rol de la unitat i de les persones que hi treballen.

8.5.2. Com es gestionen, les noves incorporacions de persones a l'equip?

- Els superiors han de facilitar la incorporació dels nous membres de l'equip.
- S'ha d'assegurar que tots els membres de l'equip coneixen el rol i les responsabilitats de les persones que s'hi incorporen.
- Si s'han produït canvis en l'empresa, s'ha d'assegurar que tots els membres de l'equip coneguin els seus nous rols i s'hi sentin còmodes.

8.5.3. La plantilla, entén el que se n'espera?

- S'han d'acordar estàndards d'actuació per als llocs de treball i tasques individuals i cal revisar-los periòdicament.
- S'han d'introduir plans de treball personals coherents amb els objectius de la unitat.
- S'ha d'introduir i revisar la descripció dels llocs de treball per assegurar que les funcions centrals i les prioritats són clares.
- A les reunions periòdiques s'ha d'assegurar que les persones tenen clares les seves funcions i el que està planificat per als mesos propers.

8.6. Canvis

8.6.1. El personal, entén les raons del canvi?

- S'ha d'assegurar que tot el personal sap el perquè del canvi.
- S'ha d'explicar bé el que l'empresa vol aconseguir i per què és important el canvi. És important expli-

car el calendari dels canvis i quines en seran les fases. El personal ha de conèixer el que significa el canvi en la seva activitat quotidiana i s'han d'identificar les necessitats de nova formació.

- S'han d'explicar les novetats ràpidament per evitar la difusió de rumors en l'empresa. Si l'empresa està planejant un gran canvi, és possible que la gent estigui preocupada per la incertesa, per si haurà de canviar de lloc de treball o per si les seves condicions de treball canviaran.
- Les explicacions presencials sobre els canvis són la millor manera de traslladar la informació sobre els canvis, però hi ha altres mitjans, com la intranet o els documents en paper, que poden ser útils.
- És important que els superiors tinguin una política de portes obertes amb el seu personal per parlar de les preocupacions i els suggeriments sobre la manera en què s'ha de gestionar el canvi.

8.6.2. S'ha implicat el personal en els canvis?

- Ha d'existir un sistema confidencial que permeti al personal comentar i fer preguntes abans, durant i després del canvi.
- El personal ha de ser implicat en discussions sobre la manera com s'haurien de canviar els llocs de treball i a l'hora de generar solucions als problemes.
- És important que el personal tingui el suport dels superiors durant els canvis.

8.6.3. Com es pot ajudar el personal que ha estat afectat negativament pel canvi?

- S'ha d'assegurar que el personal estigui informat adequadament sobre el canvi del seu lloc de treball.
- S'ha d'ajudar les persones que seran acomiadades com a conseqüència del canvi organitzacional proporcionant les habilitats necessàries per trobar una nova feina, per exemple ajudant-los a escriure el curriculum vitae o preparant-los per a les entrevistes de treball.
- Després del canvi, s'ha de pensar en la revisió dels objectius de treball per evitar situacions d'ambigüitat i de conflicte de rol.
- S'ha de revisar l'avaluació de riscos laborals per comprovar si alguns canvis, per exemple la reducció del personal, s'han traduït en un increment de riscos laborals. S'ha de tenir en compte que els canvis socials (per exemple, si s'ha de treballar amb un grup de persones diferent) poden tenir més impacte sobre les persones que els canvis tecnològics o geogràfics.

9. TÈCNiques D'INTERVENCIÓ INDIVIDUAL

9.1. Tècniques generals

Aporten a l'individu recursos generals per afrontar les situacions estressants, i, a més, estan molt relacionats amb hàbits de vida saludable: dieta equilibrada, exercici físic regular, activitats que proporcionin suport social, etc.

9.2. Tècniques específiques

Incideixen en un àmbit concret d'intervenció; n'hi ha de tres tipus.

9.2.1. Tècniques cognitives: incideixen en la manera de percebre i interpretar els estímuls externs i/o interns. Per tant, són intervencions orientades al canvi en els pensaments deformats, que són els responsables de percebre les situacions com a amenaçadores. Les principals tècniques cognitives són les següents:

- **Reestructuració cognitiva:** tècnica que treballa sobre els pensaments negatius que estan arrelats en els esquemes cognitius de l'individu (formats per experiències passades, creences prèvies, valors, expectatives, etc.) i que condicionen l'aparició de respostes de tipus conductual i emocional no apropiades i contràries a l'equilibri personal.
- **Pensament creatiu:** tècnica que pretén facilitar que la ment discorri de manera àgil, oberta i clara, intentant forçar al màxim el nostre pensament. Amb aquesta tècnica, es pretén que, davant d'una situació que pot provocar estrès, l'individu no respongui de manera automàtica, sense haver realitzat una anàlisi completa de la situació, sinó que sigui capaç de decidir, de la manera més àgil possible, tenint en compte tots els factors.
- **Detenció del pensament:** tècnica orientada al tractament dels pensaments obsessius i fòbics, ja que són una sèrie de pensaments repetitius i estranys que no s'adapten a la realitat, que són improductius i que generalment produeixen ansietat. Amb el control d'aquests pensaments, els nivells d'estrès es poden reduir considerablement.

9.2.2. Tècniques conductuals: encaminades a la modificació de les conductes desajustades que l'individu té en situacions estressants. Les principals tècniques conductuals són les que segueixen:

- **Resolució de problemes:** tècniques d'afrontament dirigides bàsicament al problema, és a dir, orientades a modificar de manera activa la interacció de l'individu amb l'entorn que provoca l'amenaça o l'estrès.
- **Adquisició d'habilitats socials:** tècnica orientada a dotar l'individu de competències socials o conductes socialment destres, que són interpretades de manera efectiva i satisfactòria tant pel mateix individu com per l'interlocutor.
- **Entrenament de l'assertivitat:** la manera d'interaccionar amb les altres persones pot convertir-se en una font important d'estrès i ansietat. Amb l'entrenament assertiu, es pretén reduir aquest estrès, ensenyant a defensar els drets de cadascú d'expressar els pensaments, les emocions i les creences d'una manera directa i apropiada, sense agredir ni ser agredit.

9.2.3. Tècniques fisiològiques: incideixen en les respostes fisiològiques i/o emocionals que es generen en una situació estressant i que provoquen malestar emocional i físic al treballador o treballadora. Les principals tècniques fisiològiques són les següents:

- **Relaxació progressiva:** tècnica orientada a reduir els símptomes fisiològics i basada en la premissa que les respostes de l'organisme a l'ansietat provoquen pensaments i conductes que comporten tensió muscular. Aquesta tensió fisiològica, alhora, augmenta la sensació subjectiva d'ansietat. La relaxació muscular profunda redueix la tensió fisiològica i, en definitiva, les reaccions de tensió de l'individu (ansietat, inquietud, sudoració, ritme cardíac accelerat, mal de cap, tensió muscular, etc.), que poden desequilibrar l'organisme i provocar situacions incòmodes i respostes inadequades.
- **Control de la respiració:** tècnica orientada a la pràctica d'una respiració correcta, ja que en situacions d'estrès la respiració es torna ràpida i superficial. En aquests casos, la quantitat d'aire que arriba als pulmons és insuficient, fet que provoca que la sang no s'oxigeni i, en conseqüència, els productes de degradació de les cèl·lules, que haurien d'expulsar-se de la circulació, van intoxicant lentament l'organisme.
- **Relaxació mental (meditació):** tècnica orientada a la pràctica de dirigir l'atenció sobre un aspecte concret, deixant de banda aquells aspectes que poden generar situacions d'ansietat en l'individu.

Cal insistir que no totes aquestes tècniques són adequades per a tothom, ja que en situacions estressants cada individu respon d'una manera diferent. Això comporta que, prèviament a qualsevol intervenció de tipus individual, s'hagi de realitzar un diagnòstic de les situacions problemàtiques, i una anàlisi de les àrees en què el treballador o treballadora presenta els principals dèficits d'afrontament i la magnitud que han adquirit, amb la finalitat d'aplicar-hi el tipus d'intervenció més adequat.

ANNEX b

**Documents relacionats amb el procés
d'elaboració de la guia**

10. EQUIP DE TREBALL DE LA GUIA

Lucía Artazcoz Lazcano. Metgessa especialista en medicina preventiva i salut pública. Tècnica superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Imma Cortès Franch. Metgessa especialista en medicina preventiva i salut pública. Tècnica superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Arantza Igartua Somolinos. Psicòloga. Tècnica superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Servei de Prevenció. Universitat Politècnica de Catalunya.

Elena Juanola Pagès. Metgessa especialista en medicina del treball. Tècnica superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Centre de Seguretat i Salut Laboral. Departament de Treball.

Carmen Ladona Calvo. Pedagoga. Tècnica superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Centre de Seguretat i Salut Laboral. Departament de Treball.

Àlex Llonch García. Sociòleg. Tècnic superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Centre de Seguretat i Salut Laboral. Departament de Treball.

Antoni Malé Riba. Metge. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

Albert Mariné Torrent. Metge especialista en psiquiatria. Tècnic superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Servei de Salut Laboral. Corporació Sanitària Parc Taulí.

Emilia Molinero Ruíz. Metgessa especialista en medicina del treball. Tècnica superior de prevenció de riscos laborals, especialista en ergonomia i psicosociologia. Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Coordinació

Imma Cortès Franch.

11. RECOMANACIONS A PARTIR DELS RESULTATS DE L'ESTUDI DELPHI EN PROFESSIONALS SANITARIS DE MEDICINA DEL TREBALL

La guia inclou recomanacions adreçades a les necessitats i dificultats dels professionals sanitaris dels SP, identificades a partir d'un estudi Delphi en una mostra d'aquest col·lectiu. Les més importants van ser la dificultat per determinar l'origen laboral del trastorn de salut, la manca de protocols per ser utilitzats en la vigilància dels trastorns de salut relacionats amb els riscos psicosocials i la manca d'eines diagnòstiques per avaluar i diagnosticar els efectes sobre la salut.

També es van identificar altres dificultats que no s'han incorporat en el text de la guia, ja que queden fora del seu abast, però el grup de treball recomana als agents competents que les estudiïn en profunditat per tal d'establir les mesures necessàries que permetin superar-les; les més importants són les següents:

- Manca de reconeixement del risc psicosocial com a risc laboral i de consciència preventiva d'aquest risc, així com poca flexibilitat per fer canvis organitzatius per part de l'empresa.
- Manca de temps per exercir l'activitat de vigilància de la salut per part dels professionals dels SP aliens.
- Manca de formació especialitzada dels professionals sanitaris en riscos psicosocials.

12. PERSONES QUE HAN PARTICIPAT EN L'ELABORACIÓ DE LA GUIA

El grup de treball agraeix la participació de les persones següents en l'elaboració d'aquesta guia:

Adela Castillo Vázquez. CCOO. Eurest 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 Discou

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 Nutrexa
Lluís Veciana. ICESE Prevención
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 Prevención
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
Sílvia Parra. Inspecció de Treball i Seguretat Social
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. Inspecció de Treball i Seguretat Social
Xavier Gimbernat Maymí. MAZ
Xavier Pérez Pueyo. Nestlé España
Yolanda Cambray. Fremap

13. QÜESTIONARI I RESUM DE LA REVISIÓ EXTERNA

13.1. QÜESTIONARI DE REVISIÓ DE LA GUIA DE BONA PRAXI EN RISCOS PSICOSOCIALS

Revisor/a _____

Societat professional _____

Data ____ / ____ / ____

Marqueu amb una creu l'opció escollida en cada línia	Gens	Poc	Bastant	Totalment
1. Els objectius de la guia estan descrits específicament?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Es responen a totes les preguntes abordades per la guia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Està descrita de manera clara la definició del problema de salut?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Són útils els instruments diagnòstics dels annexos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Són útils les orientacions sobre la identificació dels factors de risc psicosocial (text i annexos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Són útils les orientacions sobre la determinació de relació amb el treball del trastorn de salut?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Són útils les orientacions dels annexos sobre les intervencions organitzatives?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Són útils les orientacions dels annexos sobre les tècniques d'intervenció individual?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. S'inclouen els àmbits principals de la vigilància dels trastorns de salut relacionats amb els riscos psicosocials?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Les recomanacions són específiques i sense ambigüitats?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Les principals recomanacions que es realitzen estan recolzades per evidència científica?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Si us plau, puntueu l'aplicabilitat d'aquesta guia (en una escala de l'1 a al 10) per als metges i les metgesses dels serveis de prevenció en la pràctica de la vigilància de la salut				<input type="text"/>

Comentaris addicionals

Si us plau, feu tots els comentaris específics, observacions i suggeriments que cregueu oportuns per tal de millorar aquesta guia. Si no esteu d'acord amb alguna de les recomanacions, aporteu els estudis que podrien modificar-la amb les referències bibliogràfiques corresponents.

13.2. RESUM DE LES REVISIONS EFECTUADES

Preguntes	Mitjana (DE)	Interval
1. Objectius	3,78 (0,44)	3-4
2. Preguntes	3,22 (0,44)	3-4
3. Definició de problema de salut	3,22 (0,44)	3-4
4. Instruments diagnòstics	3,13 (0,35)	3-4
5. Identificació de factors de risc	3,11 (0,60)	2-4
6. Relació amb el treball	3,11 (0,60)	2-4
7. Intervencions organitzatives	3,13 (0,35)	3-4
8. Intervencions individuals	2,75 (0,89)	2-4
9. Inclusió d'àmbits de vigilància de la salut	3,33 (0,50)	3-4
10. Qualitat de les recomanacions	3,22 (0,67)	2-4
11. Recomanacions amb evidència científica	3,33 (0,50)	3-4
12. Aplicabilitat	7,89 (0,60)	7-9

14. QÜESTIONARI D'AVALUACIÓ DE LA PROVA PILOT

Nom i cognom _____

Centre de treball _____

Data ____ / ____ / ____

En les preguntes següents, marqueu amb una creu l'opció escollida.			
1. Creieu que la guia té un format adequat? Si heu contestat "Dubtós" o "No", per què?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dubtós 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
2. Creieu que el llenguatge utilitzat en la guia és clar? Si heu contestat "Dubtós" o "No", per què?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dubtós 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
3. Us sembla que el gràfic per a la presa de decisions o algorisme és fàcil d'entendre? Si heu contestat "Dubtós" o "No", per què?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dubtós 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
4. Us sembla que el gràfic per a la presa de decisions o algorisme és útil? Si heu contestat "Dubtós" o "No", per què?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dubtós 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
5. Creieu que la guia s'adapta a les necessitats dels metges i les metgesses dels serveis de prevenció? Si heu contestat "Dubtós" o "No", per què?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dubtós 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
6. En general, considereu que el disseny i el format de la guia en facilita l'ús? Si heu contestat "Dubtós" o "No", per què?	No 1 <input type="checkbox"/>	Dubtós 2 <input type="checkbox"/>	Sí 3 <input type="checkbox"/>
7. Quins aspectes són els que més us han agradat de la guia?			
8. Quins aspectes milloraríeu de la guia?			
9. Heu tingut ocasió d'utilitzar la guia durant aquests dies? Si és així, en quantes ocasions?			
10. La guia us ha resultat útil durant els dies que l'heu utilitzat?			
11. Creieu que en general la guia és útil per als metges i les metgesses dels serveis de prevenció?			

Si us plau, feu a continuació tots els comentaris específics, observacions i suggeriments que cregueu oportuns per tal de millorar aquesta guia.

MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA COL·LABORACIÓ

BIBLIOGRAFIA

- 1 The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra: World Health Organization; 2001.
- 2 Paoli P, Merllié 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 JJJ, 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. [accedit 6 juny 2008]. Disponible a: 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. [accedit 9 octubre 2007]. Disponible a: <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 Well-being/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?*. Paris: 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 Psychiatr*. 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 ill-health. *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 juny 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 [accedit 10 desembre 2007]. Disponible a: <http://www.upf.edu/cexs/mir/mt/fitxers/compet.pdf>.
- 68 Work-related stress. London: Health & Safety Executive [accedit 7 novembre 2007]. Disponible a: <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 [accedit 21 gener 2008]. Disponible a: <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 [accedit 6 febrer 2008]. Disponible a: <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 [accedit 11 gener 2008]. Disponible a: <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 novembre 2007]. Disponible a: <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. *A: 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 [accedit 19 novembre 2007]. Disponible a <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 demand-control 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 Publica 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 Mediques. 2003 [accedit 22 novembre 2007]. Disponible a: <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 a: <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 Härra 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, Escribà 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.