

## **4.1. OBJETIVOS DEL TRABAJO.**

Dado el estado actual del tema, nuestra línea de investigación pretende proporcionar mejoras a la práctica profesional de psicólogos, psiquiatras, médicos del trabajo, etc. en lo concerniente a la Valoración del Daño Psicosocial. El objetivo de este trabajo, partiendo de la clasificación, descripción de casos y definición de variables, es organizar los resultados a manera de herramienta, “CDP” Clasificación Diagnóstica Psicosocial, para los profesionales del área.

### **4.1.1. CDP – Clasificación Diagnóstica Psicosocial.**

Realización de la “*CDP*” *Clasificación Diagnóstica Psicosocial* como protocolo para que los profesionales de la salud (psicólogos, médicos y/o psiquiatras) puedan clasificar la información de los casos que les llegan y detectar la presencia de datos significativos que pueden generarse ante la exposición a factores psicosociales negativos en el puesto de trabajo. La CDP facilita la valoración del daño psicosocial, y permite determinar si los factores psicosociales nocivos que encontramos se refieren a situaciones de conflicto, de violencia o de acoso laboral en el trabajo. Así mismo los datos relevantes obtenidos a través de la CDP permiten instaurar protocolos de prevención, diseñar la metodología de intervención y también facilita la elaboración de informes periciales sobre los riesgos psicosociales en el ámbito laboral.

## **4.2. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.**

En primer lugar se ha tenido en cuenta una población total de 151 casos derivados durante los años 2003 y 2004, para atención en Psicología Clínica, por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y los que han llegado por consulta privada. Entre estos 151 casos, como criterio de inclusión se seleccionaron los expedientes clínicos documentados de la totalidad de aquellos que contenían datos laborales, habiéndose obtenido una muestra total de 77 casos, que representan un 50,99% del total y posteriormente se procedió a la clasificación de todas las variables recogidas, en tres grupos: *variables demográficas y laborales (VDL)*, *variables diagnósticas (VDG)* y *variables de conflicto, violencia en el trabajo y mobbing (VCVM)*.

*a) Variables demográficas y laborales (VDL) e indicadores:*

- Origen / derivación del caso
- Edad
- Género
- Estado Civil
- Sector de Actividad Profesional
- Puesto Trabajo
- Antigüedad

*b) Variables diagnósticas (VDG) e indicadores que nos permiten valorar los daños a la salud:*

- Motivo de consulta expresado
- Diagnóstico inicial con el que llegan
- Días de Baja
- Sintomatología manifiesta:
  - o Clasificación según el DSM-IV(1994)

- Clasificación según el CIE-10 criterios de la OMS (1995)
- Medicación, tipo y número de medicamentos que combina

*c) Variables e indicadores de Conflicto, Violencia en el Trabajo y Mobbing (VCVM):*

- Conductas autoinformadas, que posteriormente serán clasificadas según las citadas en el Inventario IVAPT-E-R
  - Duración de la exposición a las conductas.
  - Frecuencia de las conductas
  - Intencionalidad de las conductas
  - Direccionalidad de las conductas. Desde donde se producen dichas conductas (al mismo nivel, horizontal - entre compañeros, ascendente - de subordinados a superiores, o descendente - de superiores a subordinados).
- Suceso que actuó como desencadenante o agravante de la situación, que nos permitirá analizar las causas.

Este vaciado de datos inicial nos ha permitido obtener los estadísticos descriptivos y delimitar cada uno de los casos, perfilándose dos grupos:

- Afectados (A) por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral.
- No Afectados (NA) por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral.

Para la determinación de los dos grupos: **A** y **NA** se ha tenido en cuenta:

Los factores psicosociales son interacciones entre la concepción, organización, gestión, contenido del trabajo, realización de la tarea, así como las condiciones ambientales y sociales y las capacidades, necesidades, expectativas, costumbres, cultura y circunstancias personales de los trabajadores. Estas interacciones pueden potenciar o **afectar** tanto al bienestar, calidad de vida o a la salud (específicamente psicológica o mental) del trabajador como al desarrollo del trabajo. (López y Carrión, 2006).

No podemos ignorar la importancia que tienen los factores individuales y los efectos que la interacción entre la percepción de la realidad, la personalidad, la historia familiar, etc., tienen sobre la persona y su forma de reaccionar ante las diferentes demandas del entorno, ya que todo ello puede proteger o predisponer a las conductas de riesgo (Carrión, 2003).

En la presente investigación nos referimos a **Afectados por Factores psicosociales nocivos o negativos en su entorno laboral** a aquellos casos que presentan daño a su bienestar, calidad de vida o a la salud específicamente psicológica o mental y/o al desarrollo de su trabajo, así como una o más de las variables (VCVM). La definición de bienestar desde un enfoque psicosocial contempla la interacción de la percepción de uno mismo y del mundo en el que se está inmerso. Así, se toman como criterios la intensidad y frecuencia de los estados afectivos (Álvaro y Páez, 1996, citados en Martínez-Taboada y Palacín, 1997).

Este tipo de conductas originan estrés y angustia, al ser mantenidas durante mucho tiempo agotan la posible resistencia y acaba apareciendo ansiedad crónica, acompañada de un sentimiento de humillación y atentado contra la dignidad. Las personas afectadas por este tipo de conducta viven aterrorizadas y acaban por desequilibrarse. Todo esto puede tener una expresión psicósomática, llegando a estados depresivos graves que incluso pueden conducir al suicidio.

Como señalan González, Barrull, Pons y Marteles (1998), desde una perspectiva biopsicosocial, nuestro organismo está constituido también por el factor contexto social. La biología nos dicta que los individuos para llegar a desarrollarse necesitan el cuidado de las otras personas, a través del afecto que nos proporcionan. Por lo tanto necesitamos al otro y necesitamos su afecto. Así como necesitamos las emociones para orientarnos y poder vivir, para convivir necesitamos intercambiar y que nos den afecto. Al ser un fenómeno interpersonal, la carencia de afecto produce grandes desarreglos, incluso en algunos casos puede derivar en enfermedades; esta carencia se convierte en un enorme déficit que lleva a que la persona, aunque pueda vivir, no pueda convivir.

Para la variable **Valoración del Daño Psicosocial** (valoración de los efectos negativos de los factores psicosociales nocivos sobre la salud del trabajador), teniendo en cuenta que desde la perspectiva del Psicólogo se puedan ofrecer informes periciales rigurosos que sean aceptados de la misma forma que lo son los derivados de la Valoración del Daño Corporal, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- **Las variables diagnósticas** constituyen una recogida sistemática de los datos relativos a los distintos problemas específicos de salud, que corresponde a la definición de “Vigilancia de la salud”. También su metódico análisis e interpretación permite la puesta en marcha posterior de los programas de salud. En el ámbito laboral concretamente, ayuda a establecer relación entre determinadas condiciones de trabajo y su efecto sobre la salud de los trabajadores. (Bestratén et al. 1998).

Roca (2005) se refiere respecto a la Valoración del Daño Corporal que usar el “*conocimiento acumulado*” por la práctica clínica añadiría fiabilidad científica a la actividad. Y eso exactamente es lo que hacemos en la presente investigación.

Para nuestra investigación haremos referencia, inicialmente, a aquellos apartados que nos permitirán clasificar la información recogida y que se hallan incluidos en la versión DSM-IV (1994) y en el Código de Clasificación de trastornos mentales de la CIE 10, Criterios de la OMS.

Además de poder clasificar los casos para determinar los daños a la salud, el DSM-IV y el CIE-10 nos permitirán realizar un Diagnóstico Diferencial con el grupo de patologías surgidas en la investigación y que, por presentar síntomas similares, pudieran conducir a un diagnóstico erróneo.

- **Las Variables e indicadores de Conflicto, Violencia en el Trabajo y Mobbing (VCVM)**, se clasifican como:

**CONFLICTO:**

- **Conductas:** Refiere estar recibiendo una o más conductas que le afectan negativamente
- **Duración:** Una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo

### **VIOLENCIA EN EL TRABAJO:**

- **Conductas:** Refiere estar recibiendo una o más conductas que le afectan negativamente
- **Duración:** Una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo
- **Sistematización:** Con una frecuencia de una o más veces por semana

### **MOBBING:**

- **Conductas:** Refiere estar recibiendo una o más conductas de que le afectan negativamente
- **Duración:** Una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo
- **Sistematización:** Con una frecuencia de una o más veces por semana
- **Intencionalidad:** Con la intencionalidad de causar daño (estas conductas se producen sobre la persona más que en el resto de sus compañeros).

En su adaptación española, el Inventario IVAPT-E-R (Carrión, López y Preciado, 2006, 2007; Carrión, López, Pando, 2006, 2007) muestra que las puntuaciones obtenidas en *Presencia de Violencia Psicológica en el Trabajo* apunta que se trata de situaciones

de **Conflicto en el Trabajo**, cuando éste no es resuelto puede instaurarse como un comportamiento habitual y ésta *Intensidad* en la ocurrencia de dichas conductas nos indicarían una situación mantenida de **Violencia en el Trabajo** que puede estar siendo recibida por todos en general, por otros o con *intencionalidad* sobre una sola persona en cuyo caso nos hallaríamos ante una situación de **Acoso Psicológico en el Trabajo**. El término de *mobbing* fue introducido por primera vez por el psicólogo sueco Leymann en 1984, para referirse a una situación de *“terror psicológico en el trabajo, que implica una comunicación hostil y amoral, dirigida de manera sistemática por una o varias personas, casi siempre contra una persona que se siente acorralada en una posición débil y a la defensiva”* (Leymann, 1996).

Permitiendo esta clasificación proceder al análisis del grupo de Afectados para comprobar si los factores psicosociales nocivos detectados son Mobbing, teniendo en cuenta las Variables de Mobbing, y, además, realizar la comparación de ambos grupos (Afectados/No afectados), en cuanto a las variables demográficas, clasificaciones de trastornos mentales y daños a la salud, permitiendo ordenar dichas categorías y concluir con la elaboración de la “CDP” Clasificación Diagnóstica Psicosocial.

Así mismo buscaremos datos relevantes que ayudarán a instaurar protocolos de prevención y también facilitará la elaboración de informes periciales sobre los riesgos psicosociales en el ámbito laboral



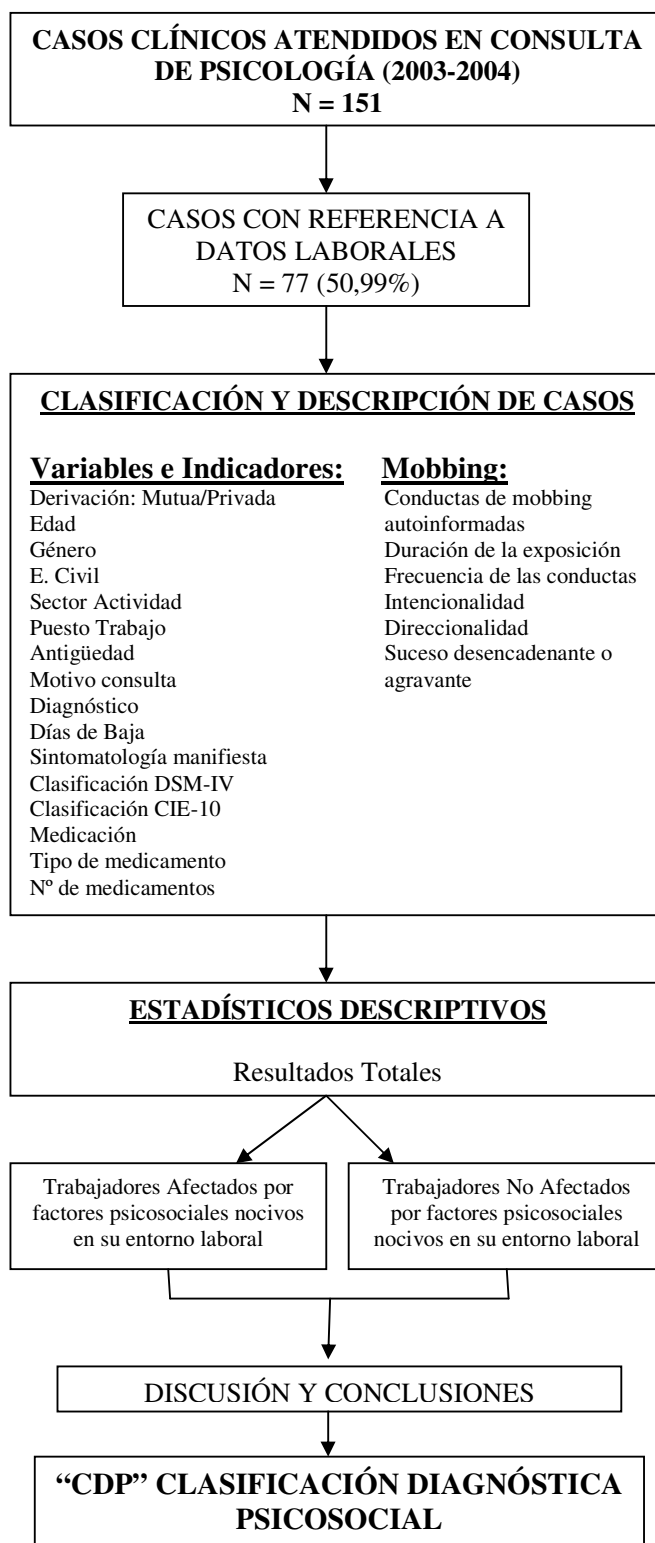


Figura 6.- Organización de la investigación

### **4.3. CLASIFICACIÓN DE CASOS.**

Atendiendo a todas las variables e indicadores que presentan, clasificar dos grupos:

**Casos:** Aquellos sujetos o pacientes afectados por factores psicosociales nocivos en el ámbito laboral: Conflicto, Violencia, Mobbing

**Controles:** Aquellos sujetos o pacientes NO afectados por factores psicosociales nocivos en el ámbito laboral.

### **4.4. DESCRIPCIÓN DE CASOS.**

Se pretende obtener los estadísticos que nos permitan describir las características de la totalidad de casos y el perfil de los (A) y (NA).

### **4.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.**

Se definen las variables según las cuales se clasificará cada uno de los casos, derivados por Mutuas de Accidentes de Trabajo y de consulta privada, en pacientes no afectados y afectados por factores psicosociales nocivos en su ámbito laboral.

#### **4.5.1. Variables demográficas y laborales de la muestra (VDL) e indicadores.**

4.5.1.1.- Origen/Derivación del caso

4.5.1.2.- Edad

- 4.5.1.3.- Género
- 4.5.1.4.- Estado Civil
- 4.5.1.5.- Sector de la Actividad
- 4.5.1.6.- Puesto de Trabajo
- 4.5.1.7.- Antigüedad

#### **4.5.2. Variables diagnósticas (VDG) e indicadores que nos permiten valorar los daños a la salud**

- 4.5.2.1.- Motivo de consulta expresado
- 4.5.2.2.- Diagnóstico inicial con el que llegan
- 4.5.2.3.- Días de Baja
- 4.5.2.4.- Sintomatología manifiesta.
  - 1. Angustia
  - 2. Ansiedad
  - 3. Apatía
  - 4. Bajo estado de ánimo
  - 5. Culpabilidad
  - 6. Desconfianza
  - 7. Desmotivación
  - 8. Dificultades respiratorias
  - 9. Dolor de Espalda
  - 10. Dolores musculares y articulares
  - 11. Fallos de Atención/Memoria
  - 12. Inseguridad/Baja autoestima
  - 13. Irritabilidad
  - 14. Labilidad emocional
  - 15. Miedo
  - 16. Pérdidas de control
  - 17. Soledad/Aislamiento

18. Taquicardias
19. Arritmias
20. Trastornos del sueño
21. Trastornos digestivos
22. Vértigos
23. Otros

#### 4.5.2.5.- DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

##### DSM-IV 6 - Trastornos del estado de ánimo.

1. Trastornos depresivos
2. Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
3. Trastorno del estado de ánimo no especificado

##### DSM-IV 7 - Trastornos de ansiedad

4. Trastornos de angustia sin agorafobia
5. Fobia específica
6. Fobia social
7. Trastorno obsesivo-compulsivo
8. Trastorno por estrés post-traumático
9. Trastorno por estrés agudo
10. Trastorno de ansiedad generalizada
11. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

12. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

13. Trastorno de ansiedad no especificado

#### DSM-IV 13 - Trastornos del sueño

14. Trastornos primarios del sueño: Disomnias

15. Trastornos primarios del sueño: Parasomnias

16. Otros trastornos del sueño

#### DSM-IV 14 - Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

17. Trastorno explosivo intermitente

18. Trastorno del control de los impulsos no especificado

#### DSM-IV 15 - Trastornos adaptativos

19. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

20. Trastorno adaptativo con ansiedad

21. Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo

22. Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento

23. Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento

24. Trastorno adaptativo no especificado

DSM-IV 17 - Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

25. Factores psicológicos que afectan al estado físico

26. Problemas de relación no especificado

27. Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral

4.5.2.6 CIE-10 - Código de Clasificación de trastornos mentales, Criterios de la OMS

CIE-10 - F32 - Episodios Depresivos

1. 32.0 - Episodio depresivo leve
2. 32.1 - Episodio depresivo moderado
3. 32.2 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
4. 32.8 - Otros episodios depresivos
5. 32.9 - Episodio depresivo no especificado

CIE-10 - F41 - Otros trastornos de ansiedad

6. 41.0 - Trastornos de pánico
7. 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada
8. 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión
9. 41.9 - Trastornos de ansiedad no especificados

CIE-10 - F43 - Reacciones a estrés grave y  
trastornos de adaptación

- 10. 43.0 - Reacción al estrés agudo
- 11. 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático
- 12. 43.2 - Trastorno de adaptación
- 13. 43.8 - Otras reacciones al estrés grave
- 14. 43.9 - Reacción al estrés grave no  
especificada

4.5.2.7. Medicación.

- 1. Medicación: Anafranil 75 mg.  
(antidepresivo)
- 2. Arcalión 200 mg. (vitamina B1)
- 3. Astudal 5 mg. (hipertensión)
- 4. Auxina 200 mg. (vitamina E)
- 5. Besitrán 50 mg.(antidepresivo)
- 6. Casbol 20 mg.(antidepresivo)
- 7. Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)
- 8. Diclofenaco 100 mg. (anti-inflamatorio)
- 9. Dobupal Retard 75 o 150 mg.  
(antidepresivo)
- 10. Espidifen 400 mg. (analgésico)
- 11. Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)
- 12. Frosinor 20 mg.(antidepresivo)
- 13. Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico)
- 14. Lexatin Roche 1,5 o 3 mg. (ansiolítico)
- 15. Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor)
- 16. Myolastan 50 mg. (ansiolítico)

17. Mutabase 40 mg. (antidepresivo)
18. Noctamid 2mg. (hipnótico)
19. Nopramin 50 mg. (antidepresivo)
20. Orfidal 1 mg. (antiestresor)
21. Paroxetina 20 mg. (antidepresivo)
22. Prevencor 40 mg. (colesterol)
23. Prisdal 30 mg. (antidepresivo)
24. Provirón 25 mg. (andrógeno)
25. Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)
26. Reneurón 20 mg. (antidepresivo)
27. Rexer 15 y 30 mg. (antidepresivo)
28. Seropram 20 y 30 mg. (antidepresivo)
29. Seroxat 20 mg. (antidepresivo)
30. Stilnox 10 mg. (hipnótico)
31. Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)
32. Tromalyt 300 mg. (eventos isquémicos coronarios)
33. Valium 10 mg. (antiestresor)
34. Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)
35. Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)
36. No recuerda dosis y medicamento

#### **4.5.3. Variables e indicadores de Conflicto, Violencia en el Trabajo y Mobbing (VCVM)**

4.5.3.1. Conductas de mobbing autoinformadas.  
(Conductas hostiles expresadas por los afectados).

1. Negar el diálogo
2. Excluirle de reuniones



3. Impedir el acceso a información
4. Restringir las posibilidades de comunicarse con su superior
5. Prohibir la comunicación con los compañeros
6. Negar información para la realización de su trabajo
7. Ignorar, hacerle el vacío, fingir no verle
8. Apartarle de los demás
9. Negarle la utilización del transporte común para desplazamientos
10. Interrupciones continuas
11. Asignación de trabajos sin sentido
12. Plazos de ejecución imposibles
13. Trabajos por debajo de su capacidad
14. Modificar las condiciones de trabajo sin comunicárselo
15. Intrusiones en su trabajo
16. Dejarle sin ningún tipo de trabajo
17. Sobrecarga de trabajo
18. Críticas persistentes e injustificadas a su trabajo
19. Alternancia entre sobrecarga y ausencia de trabajo sin causa justificada
20. Acusaciones infundadas
21. Ampliar y dramatizar pequeños errores
22. Desestabilizar emocionalmente a la persona
23. Desvalorizar su trabajo y sus éxitos atribuyéndoselos a otros
24. Humillaciones y desprecios en privado

25. Humillaciones y desprecios ante otras personas
26. Menospreciarle profesionalmente
27. Menospreciarle personalmente
28. Rebajar a la persona asignándole trabajos que no le corresponden
29. Amenazas en privado en el lugar de trabajo
30. Amenazas fuera del lugar de trabajo
31. Interferencia en la vida privada
32. Comentarios peyorativos sobre su vida privada
33. Daños a la propiedad
34. Avasallar a la persona
35. Ejercer una presión indebida sobre la persona
36. Negar sus derechos
37. Gritos en público y/o en privado
38. Ir a la caza de sus errores
39. Comentarios despectivos aludiendo al género
40. Insinuaciones o proposiciones de tipo sexual
41. Comentarios obscenos
42. Intentos de relación no profesional no deseada
43. Difundir murmuraciones, mentiras sobre la persona
44. Acciones intencionadas que atentan contra su salud
45. Agresiones físicas

46. Perjudicar monetariamente sin causa  
justificada

4.5.3.2. Cuantificación de mobbing.

1. Duración de la conducta en meses
2. Frecuencia de las conductas (una o más veces por semana)

4.5.3.3. Intencionalidad de la conducta

1. Más que a los compañeros
2. Menos que a los compañeros
3. Igual que a los compañeros
4. No se da

4.5.3.4. Direccionalidad de la conducta

1. De un superior
2. De un compañero
3. De un subordinado
4. De un grupo de superiores
5. De un grupo de compañeros
6. De un grupo de subordinados
7. De superior y compañeros
8. De superior y subordinados
9. De compañeros y subordinados
10. Padres y alumnos
11. No se da

#### 4.5.3.5. Suceso desencadenante o agravante de la conducta.

1. Por cambios en la organización
2. Por cambios a nivel personal
3. Incorporación a la organización
4. Ningún cambio
5. No se da

## 4.6. MÉTODO.

En un primer **análisis exploratorio**, se procedió a la clasificación de los datos recogidos de los 77 casos, posteriormente se obtienen los **estadísticos descriptivos** y se delimita cada uno de los casos, perfilándose dos grupos (A) y (NA). Los resultados obtenidos mediante el **análisis estadístico de casos y controles postfacto**, es decir, la comparación de los grupos de (A) y (NA), nos permiten establecer el perfil de cada uno de ellos. Finalmente se organizan los resultados a manera de herramienta, “CDP” Clasificación Diagnóstica Psicosocial, para los profesionales del área.

### 4.6.1. Procedimiento.

Establecer y agrupar las diferentes variables recogidas. Las variables iniciales de clasificación tendrán en cuenta las variables demográficas de la muestra: quien lo deriva, edad, género, estado civil, sector de actividad, puesto de trabajo, antigüedad, motivo de consulta, diagnóstico médico, duración de la baja. La sintomatología manifiesta. La clasificación según el DSMIV y el CIE10. Las

conductas de mobbing autoinformadas. Las variables de mobbing. Medicación.

La casuística encontrada en la muestra permite clasificar, según el criterio de tres jueces, los 55 motivos de consulta manifestados directamente por el interesado, en seis categorías, para facilitar su descripción y análisis:

- Categoría 1: Problemas familiares
- Categoría 2: Estado depresivo tras accidente
- Categoría 3: Problemas de trabajo
- Categoría 4: Sintomatología depresiva
- Categoría 5: Sintomatología depresiva con antecedentes previos
- Categoría 6: Sintomatología depresiva por enfermedad / operación

De los 46 diagnósticos efectuados por médicos de cabecera y/o psiquiatras, se han clasificado según el criterio de tres jueces ocho categorías, para facilitar su descripción y análisis:

- Categoría 1: Trastorno depresivo por accidente/enfermedad
- Categoría 2: Trastorno de ansiedad
- Categoría 3: Trastorno depresivo
- Categoría 4: Síndrome ansioso-depresivo
- Categoría 5: Reacciones adaptativas
- Categoría 6: Estrés
- Categoría 7: Histeria
- Categoría 8: Contingencia común

#### **4.6.2. Muestra.**

Se han tenido en cuenta una población total de 151 casos derivados durante los años 2003 y 2004, para atención en Psicología Clínica, por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y los que han llegado por consulta privada.

Entre estos 151 casos, se seleccionaron los expedientes clínicos documentados (donde constaban los datos obtenidos en la Entrevista clínica, sesiones de diagnóstico y tratamiento psicológico, diagnóstico médico y psiquiátrico), y como criterio de inclusión se tuvo en cuenta la totalidad de aquellos que contenían datos laborales (Sector de Actividad, Puesto de Trabajo, Antigüedad, Días de Baja), siendo una muestra total de 77 casos, que representan un 50,99% del total.

Del total de 77 casos, el 71% son mujeres y el 29% hombres. En lo que se refiere al estado civil, en el 49% de los casos son personas casadas, el 20% viven en pareja, el 14% son solteros, el 7% están separados y otro 7% divorciados mientras que el 3% son personas viudas.

Sus edades: El 65% de casos se encuentran entre los 31 y los 50 años. El 35% de los casos están comprendidos entre los 31-40 años de edad, el 30% entre los 41-50 años, el 21% entre 20-30 años y el 14% entre 51-60.

El 40,26% de los casos derivados expresan como motivo de consulta que presentan sintomatología depresiva, el 27,27% problemas en el trabajo, el 15,58% problemas familiares, el 6,49%

estado depresivo tras accidente, el 5,19% sintomatología depresiva por enfermedad/operación y el 3,90% sintomatología depresiva con antecedentes previos.

#### **4.6.3. Instrumentos.**

4.6.3.1. Partiendo de los datos obtenidos en la Entrevista clínica, sesiones de diagnóstico y tratamiento psicológico, diagnóstico médico y psiquiátrico, según el caso, se establece la correspondiente hoja de vaciado de datos con el programa EpiInfo para la clasificación y sistematización de los datos de los expedientes,

4.6.3.2. IVAPT-E-R para la clasificación de las conductas de conflicto, violencia, mobbing.

4.6.3.3. DSM-IV y CIE-10 para la clasificación de la sintomatología que presentan.

#### **4.6.4. Diseño estadístico.**

4.6.4.1. Análisis descriptivo de las condiciones de salud que se plasma en gráficos de situación.

4.6.4.2. Matriz de datos en el programa SPSS.

4.6.4.3. Análisis estadísticos de los datos cuantitativos y los correspondientes gráficos.

4.6.4.4. Comparación entre muestras (A) y (NA), procedimiento con el programa SPSS 14.0 para Windows, que nos permitirá describir

este tipo de variables y detectar las posibles pautas de asociación entre ellas. Utilizaremos para ello tablas de contingencia bidimensionales, evaluando el grado de asociación entre las variables por medio del índice de riesgo OR y/o RR en un diseño caso-control, el estadístico de Mantel-Haenszel para contrastar la hipótesis de independencia condicional. Cuando la frecuencia esperada de al menos el 80% de las celdas es inferior a 5, nos fijamos en el estadístico exacto de Fisher que nos permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es demasiado pequeña. Para la comparación de medias utilizaremos la prueba T de Student para muestras independientes.

#### **4.6.5. Consideraciones éticas.**

Por ser un estudio basado en expedientes de casos, se garantiza conservar la confidencialidad sobre la identidad de las personas.