

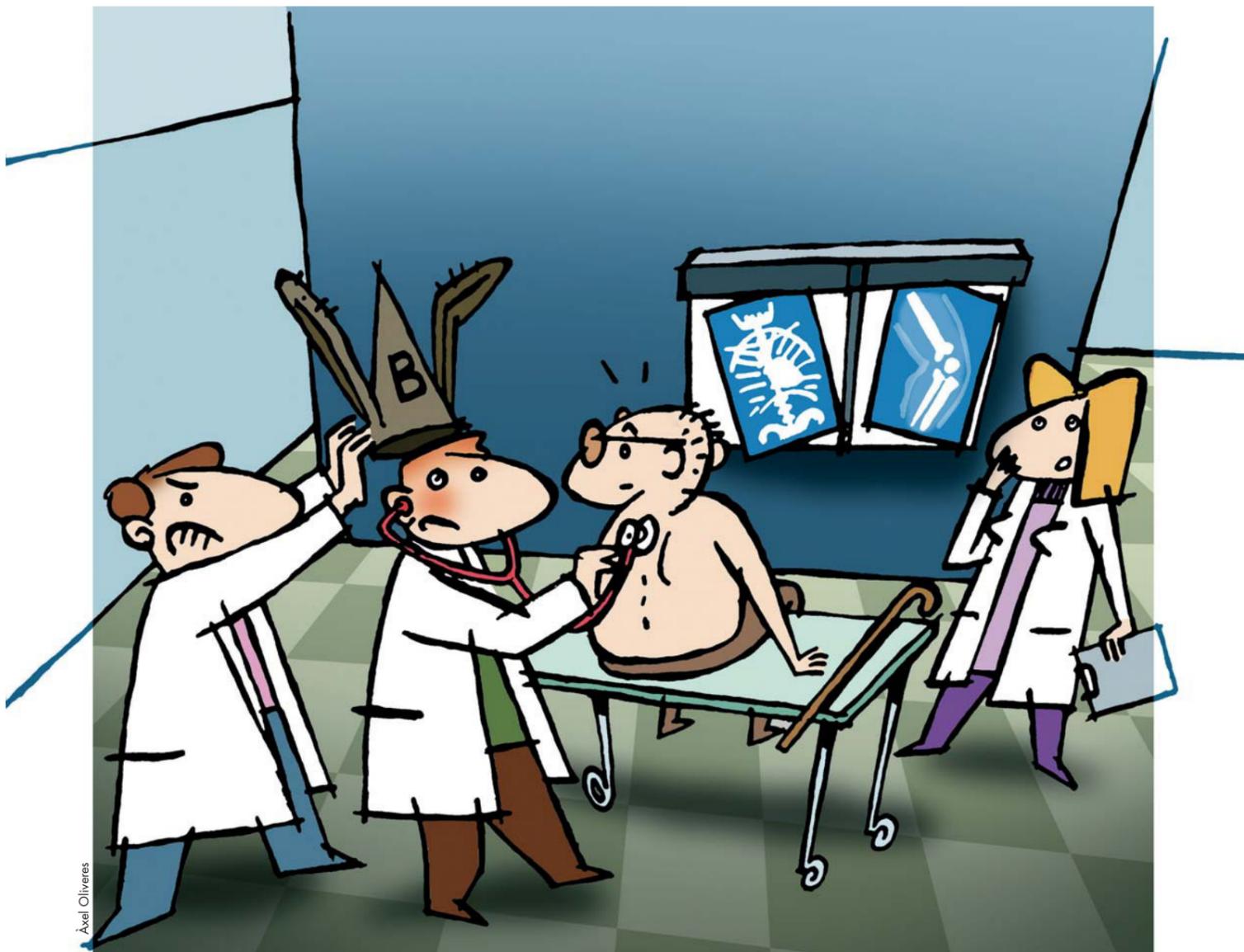
Hablemos de...

Mobbing

TERESA MIGUEL^a Y LUIS JAVIER SANZ^b

^aPsicóloga Clínica. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España.

^bPsicólogo Clínico. Servicio de Salud Mental. Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.



Puntos clave

● El *mobbing* no es una enfermedad sino un proceso en el que se produce un comportamiento lesivo que genera una serie de enfermedades en quienes son sus objetivos.

● Con el *mobbing* se busca la exclusión laboral de la víctima, es decir, su salida en último término de la organización.

● El acosador suele usar el *mobbing* como mecanismo de chivo expiatorio que permite desviar y distraer la atención de otros problemas organizativos.

● La focalización sobre la víctima busca de forma deliberada el empeoramiento de su desempeño y la degradación de su imagen pública.

● El estrés creciente que se genera en el *mobbing* puede ocasionar graves problemas psicológicos y físicos en la salud de las víctimas.

Definición y características generales

En los últimos años, el *mobbing* se ha convertido en una palabra internacional, como internet, parking o footing, se ha ido introduciendo cada vez más en nuestro vocabulario habitual, de forma que hoy día se emplea con naturalidad al referirse a los casos de acoso laboral. Este término anglosajón procede de "mob", que significa "panda", "grupo", "manada". El verbo "to mob" indica la acción de perseguir, molestar, perjudicar o acosar en grupo. En la jurisprudencia escocesa, *mobbing* significa asamblea o reunión de gentes para propósitos violentos e ilegales, que incluyen causar lesiones a personas, destruir propiedades y sembrar el terror y la alarma en la población. Por extensión, se usa como vulgarismo con la acepción de ataque indiscriminado por parte de un grupo desestructurado. En 1990, Heinz Leymann lo aplicó a la psicología laboral en un congreso sobre higiene y seguridad en el trabajo de Hamburgo, dándole un nuevo significado. En palabras del propio Leymann, el *mobbing* o terror psicológico en el ámbito laboral consiste en la comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido en ella. Estas actividades tienen lugar de manera frecuente (como criterio estadístico, por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos 6 meses). A causa de la elevada frecuencia y duración de la conducta hostil, este maltrato acaba por resultar en importantes repercusiones mentales, psicosomáticas y sociales¹. Esta comunicación hostil que caracteriza al *mobbing* se puede expresar de múltiples maneras, que varían desde los insultos directos hasta las insinuaciones y comentarios malintencionados, pero se suele hablar de cinco grandes áreas de actividades características del *mobbing*²:

1. Limitación de la comunicación: el acosador impone con su autoridad lo que puede decirse y lo que no. A la víctima se le niega el derecho a expresarse o a hacerse oír.
2. Limitación del contacto social: no se dirige la palabra a la víctima, procurando además que nadie lo haga. Se le cortan las fuentes de información o se le aísla físicamente de sus compañeros.
3. Desprestigio personal ante los compañeros: bromas y burlas sobre la víctima, su familia, orígenes, antecedentes y entorno.
4. Desprestigio y descrédito de la capacidad profesional y laboral: se asignan a la víctima tareas muy por debajo o muy por encima de su capacidad, o no se le permite hacer nada; se le critican los más mínimos errores o defectos; se desprecia su trabajo y sus capacidades profesionales.
5. Perjuicio de la salud: aparte de ataques directos, el mero sometimiento a un régimen de acoso psicológico tiene efectos negativos psicológicos y psicosomáticos.

El *mobbing* es un proceso en que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica externa, de forma sistemática, durante un tiempo prolongado sobre otra persona en su lugar de trabajo.

Sin embargo, un aspecto a tener en cuenta es que en ocasiones se pueden producir falsas alegaciones de acoso asentadas en posturas victimistas (problemas de adaptación, de personalidad, etc. previos a la situación laboral) o posturas interesadas. El auge en los medios de comunicación del fenómeno del acoso psicológico en el trabajo ha posibilitado que nuestra sociedad se sensibilice con el tema pero también se corre el riesgo de que bajo la etiqueta de *mobbing* se coloquen situaciones que en ningún caso tratan de acoso psicológico en el trabajo y no han de confundirse con el *mobbing*.

En el contexto laboral es posible que surjan desacuerdos, malentendidos, errores de gestión y, en definitiva, situaciones estresantes relacionadas con los rápidos cambios y retos actuales en las empresas e instituciones que exigen de los trabajadores gran flexibilidad, capacidad de adaptación y formación continuada con las consiguientes dificultades para algunas personas que viven estos requerimientos, carentes en principio de intención malévolamente personalizada, como acoso laboral, sin que sean destructivas si no son excesivas, siempre y cuando los conflictos que generen permitan el reconocimiento del otro y la igualdad entre los protagonistas y que, por tanto, resultan elementos facilitadores de la renovación en el trabajo (fig. 1).



Tabla 1. Evolución temporal del proceso de mobbing.

El *mobbing* como proceso

Desde la perspectiva médica, el *mobbing* no es una enfermedad sino que es un proceso donde se produce un comportamiento lesivo que genera una serie de enfermedades en quienes son sus objetivos. Este proceso se caracteriza por una relación asimétrica de fuerzas, en la que una parte daña y otra es dañada, produciéndose una interacción de dinámicas creadas por el acosador, por la víctima y por el grupo psicosocial al que ambos pertenecen. Los tres factores son necesarios, pero ninguno de ellos, por sí solo, es suficiente.

Variables del acosador

El acoso psicológico requiere uno o varios agresores, que trabajan al abrigo de algunas características organizativas que les permiten cierta impunidad o margen de actuación. Por lo tanto, los hostigadores suelen disponer de una situación de poder formal o informal sobre la víctima. El *mobbing* implica, en consecuencia, un proceso deliberado e intencional contra una persona, la víctima, que es seleccionada y resulta el objetivo de las agresiones psicológicas. El acoso psicológico no es aleatorio o casual sino plenamente intencional o causal. Se puede verificar esto último en los rasgos de selección de la víctima que atraen a los acosadores.

Variables de la víctima

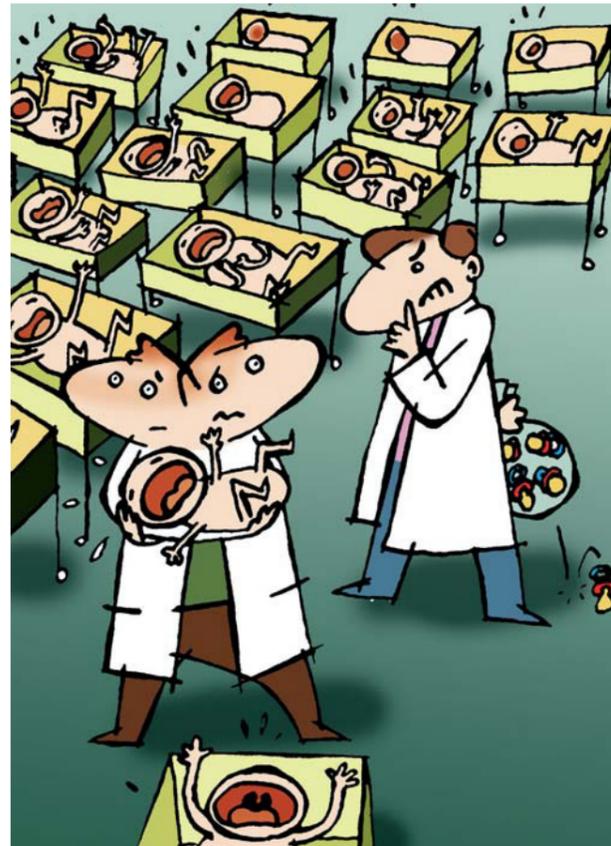
Contrariamente a las apariencias, la mayoría de la literatura médica señala que el *mobbing* afecta a trabajadores válidos, capaces, bien valorados y creativos. Los trabajadores más brillantes o dotados pueden ser más fácilmente objeto de los celos profesionales o la envidia de otros, por entender, que son amenazantes para ellos. Otro perfil de víctimas lo constituyen aquellos que presentan un exceso de ingenuidad o buena fe y que no hacen frente desde el principio a quienes les quieren perjudicar.

El *mobbing* puede desencadenarse también cuando la víctima de elección constituye un chivo expiatorio depositario de los "males" o problemas del departamento o servicio que libera a los demás de las culpas o responsabilidades. La selección de un tipo de chivo expiatorio especialmente indefenso puede hacerse de manera consciente o inconsciente por los acosadores. Ello sirve frecuentemente para distraer la atención de otras situaciones que no interesa reconocer y para establecer momentáneamente la paz y la unanimidad a costa de destrozar a un trabajador. Por todo ello, no es poco frecuente tampoco el ensañamiento con algún miembro del personal débil, con pocas habilidades sociales, poco asertivo e inseguro, o que por alguna razón entorpece los objetivos del grupo de iguales o de jefes. En su caso, la probabilidad de hacer frente a los acosadores disminuye, y se ve incrementada la impunidad de éstos frente a las víctimas.

La víctima, inmersa en su propio trabajo, no tiene particular postura hacia el acosador, y se siente desconcertada y sorprendida cuando la actitud de éste le hace pasar de acosable a acosada. En sus intentos por comprender y aclarar la situación comete todos los errores necesarios para empeorar la situación y, de paso, desarrolla una reacción psicológica de estrés con síntomas ansiosos, psicósomáticos y depresivos.

Variables del entorno

Cuando el acoso se desarrolla en un contexto social, resulta imprescindible la colaboración y permisividad del resto del personal y los compañeros. El *mobbing* se desarrolla en un medio de silencio e inhibición de los observadores, que aunque plenamente conscientes del abuso e injusticia de la situación se abstienen de intervenir, en muchos casos por evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia o por obtener algún beneficio de su conducta.



Otra cuestión importante es entender cómo evoluciona temporalmente este proceso, para lo que será imprescindible considerar simultáneamente tanto la evolución clínica y la sintomatología de la víctima como la evolución organizativa que se configura alrededor de los tres factores descritos (acosador, víctima y entorno).

En esta línea, González de Rivera³ ofrece un modelo descriptivo acerca de la evolución del síndrome del acoso institucional y desarrolla una serie de fases clínicas y organizativas que coexisten en el tiempo y que se recogen en la tabla 1.

Esta visión del *mobbing* como una progresión de fases resulta muy útil y clarificadora pero no debemos olvidar que estamos ante un fenómeno complejo, y, sobre todo, ante un proceso, por lo que no debemos caer en el error de tomar estas fases demasiado literalmente y se ha de tener en cuenta que las personas no atraviesan estas fases en serie o de forma lineal sino que se pueden producir encabalgamientos, avances y retrocesos, estando presente en cada momento vestigios de fases anteriores del proceso y preludios de otras que aparecerán más tarde. Teniendo en cuenta estas consideraciones, el curso de los casos de acoso psicológico en el trabajo ha sido descrito, siendo como es una manifestación emergente de un sistema organizativo, teniendo en cuenta estas cuatro fases progresivas cuya duración puede ser variable en función de la idiosincrasia de cada uno de los casos⁴:

El *mobbing* conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática contra un individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuente.

Como consecuencia de la alta frecuencia y duración de estas conductas hostiles, tal maltrato se traduce en un enorme malestar psicológico, psicósomático y social.

Conflicto

El *mobbing* suele venir precedido de situaciones y relaciones personales altamente positivas entre la víctima y el hostigador, lo que lleva a la víctima a una gran confusión. La situación desencadenante del acoso suele verse como un conflicto que un momento determinado adquiere mayor proporción, aumentando rápidamente. Esta primera fase no constituye propiamente acoso psicológico y suele durar muy poco tiempo.

El *mobbing* puede provocar la aparición, por efecto del estrés crónico, de una sintomatología psicológica y física, encontrándose entre los problemas más frecuentes los trastornos de tipo gastrointestinal.

Estigmatización (1)

En esta fase la persona que ha sido elegida es objeto de una focalización. Se trata de señalarla a ella y sólo a ella como alguien que merece los ataques de que va a ser objeto. El acoso se desarrolla mediante comportamientos de hostilidad repetidos que en otro contexto distinto no revestirían mayor importancia ni implicarían agresión ni intentos de excluir o deshacerse de alguien. A veces se decreta contra ella medidas que la estigmatiza o señalan frente a los demás trabajadores:

- Someterle a acusaciones o insinuaciones malévolas, sin permitirle defenderse o expresarse, recurriendo incluso a la burla o ridiculización personal.
- Aislarle de sus compañeros, privarle de información, interrumpir o bloquear sus líneas de comunicación.
- Desconsiderar e invalidar su trabajo, distorsionar o tergiversar sus actividades y comentarios, atribuirle motivaciones espurias o vergonzantes.
- Desacreditar su rendimiento, ocultar sus logros y éxitos, exagerar y difundir fuera de contexto todos sus fallos, tanto reales como aparentes.
- Comprometer su salud física y mental, mantenerle bajo constante presión, crearle tensiones y frustraciones, obligarle a trabajar en lugares incómodos o insalubres, mal iluminados y ventilados.
- Establecer agravios comparativos, mediante diferencias de trato, distribución injusta o desigual de tareas o actividades, de permisos, premios o remuneraciones, etc.
- Proporcionarle información confusa o contradictoria, darle instrucciones erróneas y cambiantes, asignarle mucho trabajo o muy poco, exigirle rendimientos altos en una tarea para la que no está cualificado o, al contrario, ordenarle otras muy por debajo de su formación o capacidades.

El efecto del acoso es una disminución en el rendimiento laboral del trabajador que, de cara a sus compañeros, confirma que los ataques que le dirigen están justificados.

cuestión). Hacia el final de esta fase ya empiezan a tomarse acuerdos y decisiones que afectan al acosado sin su conocimiento y participación.

Eliminación

Si la víctima no consigue salir de la situación sus superiores se encargarán de marginarlo internamente, asignándole tareas o puestos carentes de contenido. En ocasiones, aquí acaba el ataque, pero otra posibilidad es el despido. En el sector privado es muy frecuente intentar terminar rápidamente con el "problema" "dando carpetazo", lo que suele significar dar por terminada la relación laboral con la persona acosada. En el sector público, la dirección intenta la apertura de expediente, la sanción o el traslado forzoso de la víctima. De hecho, los escasos estudios realizados en España determinan que son los trabajadores de la administración (seguidos de los del ámbito educativo y sanitario) quienes más sufren esta práctica. No en vano, de los casi 2,5 millones de funcionarios empleados de la administración general del Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos, 537.530 (22%) afrontan a diario situaciones de acoso psicológico.

Tabla 1. Evolución temporal del proceso de *mobbing*

Fases clínicas	Clínica del victimizado	Fases organizativas			
		Conflicto	Estigmatización	Intervención	Eliminación
Autoafirmación	Inquietud Ansiedad Agresividad moderada Alteraciones del sueño	Alto	Alto	Bajo	Bajo
Desconcierto	Duda sobre su versión Duda sobre situación Menor autoconfianza Peor síntomas fase 1	Bajo	Alto	Bajo	Bajo
Depresivo	Pierde eficacia, autoestima, motivación Se culpabiliza Nuevas estrategias conductuales: aislamiento y evitación	Bajo	Bajo	Alto	Bajo
Traumático	Estrés-ansiedad Intrusiones obsesivas Conflictos familiares	Bajo	Bajo	Bajo	Alto
Estabilización crónica	Aumento grande de bajas Mejor hasta cerca del alta Pensamiento focalizado Temor al lugar y recuerdos Problemas de memoria y concentración	Bajo	Bajo	Bajo	Alto

Intervención

Después de cierto tiempo de ser objeto del acoso, la víctima empieza a resultar ya molesta para todo el mundo, y es entonces cuando se produce la intervención de la línea jerárquica, que hace que se convierta el caso de *mobbing* en el caso de la persona acosada, y no en el caso de acosador o acosadores (a pesar de que donde hay una víctima de *mobbing* encontramos anteriormente otras, que en anteriores épocas han cumplido el mismo papel de chivos expiatorios, acreditándose así un funcionamiento histórico verdaderamente patológico de la organización en

(1) del latín *stigma*, marcar con hierro caliente en señal de infamia.

Consecuencias psicosomáticas del *mobbing*

Los daños que el *mobbing* produce son considerables. Más de la mitad de las personas acosadas psicológicamente manifiestan secuelas psicológicas y físicas. La víctima de las agresiones va perdiendo gradualmente la fe y la confianza en sí misma, y como consecuencia de ello se ven afectados diferentes aspectos de la vida. Entra en un estrés creciente, que va minándola físicamente y que termina haciéndose crónico e inespecífico, dando lugar a multitud de afecciones o enfermedades somáticas, que suelen conducir a baja laboral, incapacidad temporal o incluso incapacidad permanente. La calidad del trabajo y la eficacia de la víctima se ven alteradas a la baja, proporcionándose de este modo nuevos argumentos al acosador para seguir justificando su agresión a la víctima e incrementando perversamente la percepción pública de que se trata de un castigo merecido por parte de ésta por su falta de productividad o los comportamientos erráticos. Por lo tanto, los problemas de salud de la víctima tienen su origen en una situación de estrés crónico, ansiedad y angustia. Entendemos por estrés al proceso psicológico que se inicia ante una demanda que sufre el organismo, y frente a la cual considera que no posee información suficiente para darle una adecuada respuesta. Esto comienza un mecanismo de

El *mobbing* no es un comportamiento casual, sino que busca obtener un efecto perverso: la destrucción y la exclusión del trabajador.

Es un error afirmar que el acoso psicológico es un mero conflicto no resuelto o no afrontado o un problema de incompatibilidad de caracteres.

El *mobbing* sigue habitualmente una secuencia de cuatro fases, comienza con la aparición de un conflicto hasta que la víctima es escogida como objeto de ataques hasta que finalmente acaba por intervenir la dirección y el sujeto es excluido o expulsado de su lugar de trabajo.

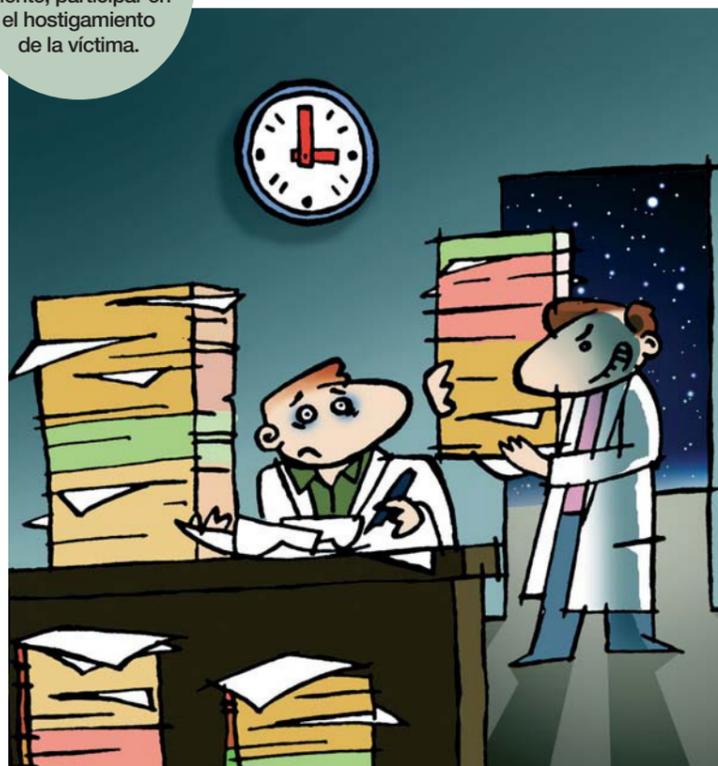
Cualquier persona normal puede, inconscientemente, participar en el hostigamiento de la víctima.

emergencia que incluye una activación psicofisiológica que permite conseguir información, elaborarla e interpretarla de forma más eficaz, lo que facilita al organismo para tomar una decisión y realizar la respuesta más adecuada al problema ambiental. El conflicto surge cuando la persona está expuesta de forma continua a estas situaciones de amenaza a las que no se encuentra adaptada, puesto que el organismo va consumiendo sus energías hasta acabar agotándose, persistiendo de este modo toda la sintomatología ansiosa que acaba por cristalizar en un cuadro de estrés.

No es infrecuente que la intensidad y el mantenimiento en el tiempo de estos cuadros de hostigamiento produzcan daños en la salud física. La psicosomática del *mobbing* es muy habitual en la medida en que en numerosos casos perduran en el tiempo, dando lugar a que el potencial negativo generado por el acoso pueda transformarse en síntomas. Los trastornos psicosomáticos más frecuentemente asociados al *mobbing* figuran en la tabla 2 y proceden de los resultados de distintos estudios⁵.

Tabla 2. Trastornos psicosomáticos más frecuentes asociados al *mobbing*

Dolores de espalda	44%
Dolores de cervicales	36%
Irritabilidad	41%
Bajo estado de ánimo	48%
Dolores de cabeza	51%
Alteraciones del sueño	41%
Despertares por las noches	32%
Falta de concentración	43%
Sentimientos de inseguridad	35%
Llanto, ganas de llorar	35%
Agresividad	33%
Problemas de memoria	32%
Dolores de estómago	28%
Fatiga crónica	26%
Palpitaciones	24%
Pesadillas	21%



Es muy frecuente que el desgaste emocional tenga efectos sobre el sistema inmunitario, haciendo que la persona sea más vulnerable a las infecciones o a determinados trastornos. Otro de los problemas más comunes asociados al estrés en general y al acoso laboral en particular es el de los trastornos digestivos. De hecho, se ha encontrado que 8 de cada 10 españoles tiene alguna molestia gastrointestinal en cualquier grado al menos una vez a la semana y que

Los trabajadores neutrales o amigos pueden terminar siendo manipulados por el acosador y dirigidos en contra de la víctima.

las enfermedades digestivas suponen una de cada tres consultas en atención primaria. Entre los cuadros gastrointestinales que se han relacionado con el *mobbing* destaca el síndrome de colon irritable. Además de estos cuadros, también se ha asociado la siguiente sintomatología con situaciones de estrés crónico: aerofagia, boca seca, estomatitis, disfagia, náuseas, acalasia, hipersalivación, vómitos, pìlorospasmo, diarrea nerviosa y estreñimiento.

Situación legal del acoso psicológico en el trabajo

El barómetro Cisneros de la Universidad de Alcalá cifra en más de dos millones a las personas que en España han experimentado acoso psicológico en el trabajo, en uno u otro grado, lo que equivale al 15% de la población activa española⁶. Sin embargo, a pesar de esta alta incidencia, hace pocos años que se ha empezado a prestar atención por parte de los profesionales de la salud y los legisladores a este fenómeno social, laboral y sanitario. De hecho, aún no parece haberse adoptado ninguna definición internacional de acoso psicológico en el trabajo. El establecimiento de una definición legal implicaría el riesgo de encerrar en ella las diferentes connotaciones y efectos de estos comportamientos o el riesgo de la laxitud de un concepto que acabe por crear un peligro del que la Unión Europea ha advertido: el acoso a través de las denuncias falsas sobre acoso.

En los Estados Unidos y en muchos países de Europa ya empiezan a existir algunas leyes que tratan de reglamentar esta situación. Por ejemplo, Suecia fue el primer país en legis-

La víctima no ha hecho nada que justifique que se le hostigue, el acoso psicológico es, por sí mismo, un comportamiento injustificable.

Actualmente existe un vacío legal en España en torno al fenómeno del *mobbing*, pero progresivamente son cada vez más habituales las sentencias sobre acoso laboral, por lo que es previsible y necesaria la creación en un futuro inmediato de una legislación específica que lo regule.

lar sobre el acoso laboral en 1983, y lo tipificó como delito. Sin embargo, la situación en España todavía es distinta y la legislación española (Real Decreto 1995/1978) que regula las enfermedades laborales no incluye muchas de las nuevas enfermedades profesionales, entre ellas las derivadas del acoso psicológico en el trabajo⁷. De todos modos, la inexistencia de una regulación específica no supone en modo alguno que exista un vacío de regulación. Nos encontramos ante una deficiencia o carencia de carácter técnico en la redacción o formulación de determinados preceptos, es decir, ante una laguna legislativa. Esta situación de falta de normativa e implantación ante la existencia de escasa jurisprudencia no impide que el trabajador pueda emprender acciones dirigidas directamente contra el agresor a través de la jurisdicción penal o de la civil, pudiendo encontrar también en España cada vez más casos donde un juzgado impone multas por *mobbing*, desde que el Tribunal Supremo emitiera el 23 de julio de 2001 la primera sentencia sobre acoso laboral.

Direcciones en Internet

www.Leymann.se/English/frame
Una de las mejores webs en inglés sobre *mobbing*

www.mobbing.nu
Página multilingüe especializada en acoso moral, laboral, etc.

www.rediris.es/list/info/mobbing.es
La red universitaria sobre *mobbing*, con foros, grupos de trabajo, etc.

www.antiacoso.com
Página web de la Asociación Española contra el Acoso Psicológico en el Trabajo.

Bibliografía

 www.ghcontinuada.com
Encontrará enlaces a los resúmenes de esta bibliografía

1. Leymann, H. *Mobbing. La persécution au travail*. Seuil: París; 1996.
2. López García Silva JA, Camps del Saz P. Aspectos clínicos y prevención del psicoteror laboral. *Mapfre Medicina*. 1999;10:253-60.
3. González de Rivera JL. *El maltrato psicológico*. Madrid: Espasa; 2003.
4. Piñuel I. *Mobbing. Manual de autoayuda*. Madrid: Aguilar; 2003.
5. Ausfelder T. *Mobbing. El acoso laboral en el trabajo*. Barcelona: Océano; 2002.
6. Piñuel I. *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae; 2001.
7. López García Silva JA, Camps del Saz P. *Mobbing en puestos de trabajo de tipo administrativo*. *Medicina del Trabajo*. 1997;6:41-7.



Nexium[®] mups[®]

esomeprazol

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: NEXIUM MUPS 20 mg comprimidos gastroresistentes. NEXIUM MUPS 40 mg comprimidos gastroresistentes. **COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene: 20 mg o 40 mg de esomeprazol (como sal de magnesio trihidrato). Para excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACEUTICA:** Comprimido gastroresistente. 20 mg: Comprimido recubierto con película de color rosa claro, biconvexo, oblongo, grabado con "20 mg" por una cara y "M" por la otra. 40 mg: Comprimido recubierto con película de color rosa, biconvexo, oblongo, grabado con "40 mg" por una cara y "M" por la otra. **DATOS CLINICOS: Indicaciones terapéuticas:** Los comprimidos de NEXIUM MUPS están indicados en: **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):** Tratamiento de la esofagitis erosiva por reflujo; Control a largo plazo de pacientes con esofagitis curada para prevenir las recidivas; tratamiento sintomático de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). **En combinación con un régimen terapéutico antibacteriano apropiado para la erradicación de Helicobacter pylori** y cicatrización de la úlcera duodenal asociada a *Helicobacter pylori* y prevención de las recidivas de las úlceras pépticas en pacientes con úlceras asociadas a *Helicobacter pylori*. **Posología y forma de administración:** Los comprimidos deberán tragarse enteros con la ayuda de líquido. Los comprimidos no deben ser masticados ni triturados. Para pacientes con dificultades para tragar, los comprimidos pueden también dispersarse en medio vaso de agua sin gas. No se deben utilizar otros líquidos, ya que podría disolverse el recubrimiento entérico. Remover hasta que los comprimidos se disgreguen y beber el líquido con los pellets inmediatamente o en el plazo de 30 minutos. Enjuagar el vaso llenándolo hasta la mitad con agua y beber. Los pellets no deben masticarse ni triturarse. Para pacientes que no pueden tragar, los comprimidos pueden dispersarse en agua sin gas y administrarse a través de una sonda gástrica. **Es importante que se compruebe cuidadosamente la idoneidad de la jeringa y de la sonda seleccionadas.** Ver apartado "Instrucciones de uso" para instrucciones de preparación y administración. **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Tratamiento de la esofagitis erosiva por reflujo:** 40 mg una vez al día durante 4 semanas. Se recomienda un tratamiento adicional de 4 semanas para pacientes en los que la esofagitis no ha curado o que presentan síntomas persistentes. **Control a largo plazo de pacientes con esofagitis curada para prevenir las recidivas:** 20 mg una vez al día. **Tratamiento sintomático de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):** 20 mg una vez al día en pacientes sin esofagitis. Si no se ha obtenido el control de los síntomas tras cuatro semanas, se deberá reconsiderar el tratamiento. Una vez que los síntomas se han resuelto, se puede obtener el control posterior de los mismos empleando un régimen a demanda tomando 20 mg una vez al día, cuando sea necesario. **En combinación con un régimen terapéutico antibacteriano apropiado para la erradicación de Helicobacter pylori** y - Cicatrización de la úlcera duodenal asociada a *Helicobacter pylori* y Prevención de las recidivas de las úlceras pépticas en pacientes con úlceras asociadas a *Helicobacter pylori*: 20 mg de NEXIUM MUPS con 1 g de amoxicilina y 500 mg de claritromicina, todos dos veces al día durante 7 días. **Niños:** NEXIUM MUPS no debe ser utilizado en niños puesto que no se dispone de datos. **Función renal alterada:** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con alteración de la función renal. Debido a la limitada experiencia en pacientes con insuficiencia renal severa, dichos pacientes deben ser tratados con precaución. **Función hepática alterada:** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con alteración hepática de leve a moderada. En pacientes con alteración hepática severa, no se debe exceder de una dosis máxima de 20 mg de NEXIUM MUPS. **Ancianos:** No se requiere ajuste de dosis en ancianos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a esomeprazol, a benzimidazoles sustituidos o a cualquier otro componente de la formulación. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** En presencia de cualquier síntoma de alarma (por ejemplo, pérdida de peso involuntaria y significativa, vómitos recurrentes, disfagia, hematemesis o melena) y ante la sospecha o presencia de úlcera gástrica, deberá descartarse la posibilidad de un proceso maligno, ya que el tratamiento con NEXIUM MUPS puede aliviar los síntomas y retrasar su diagnóstico. Los pacientes en tratamiento a largo plazo (particularmente los tratados durante más de un año), deben ser objeto de un seguimiento regular. Se debe instruir a los pacientes en tratamiento a demanda para que contacten con su médico si la naturaleza de sus síntomas cambia. Cuando se prescribe esomeprazol para una terapia a demanda, se deben considerar las implicaciones en cuanto a interacciones con otros medicamentos, debido a la fluctuación de las concentraciones plasmáticas de esomeprazol. Ver apartado "Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción". Cuando se prescribe esomeprazol para la erradicación de *Helicobacter pylori*, se deben tener en cuenta las posibles interacciones entre fármacos para todos los componentes de la triple terapia. Claritromicina es un potente inhibidor de CYP3A4 y, por lo tanto, se deben considerar las contraindicaciones e interacciones de claritromicina cuando se utiliza la triple terapia en pacientes tratados concomitantemente con otros fármacos metabolizados a través de CYP3A4, tales como cisaprida. Los pacientes con problemas hereditarios poco frecuentes de intolerancia a la fructosa, malabsorción de glucosa-galactosa o déficit de sacarasa-isomaltasa no deben tomar este medicamento. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción: Efectos de esomeprazol sobre la farmacocinética de otros fármacos:** La reducción de la acidez intragástrica durante el tratamiento con esomeprazol, puede aumentar o disminuir la absorción de fármacos si el mecanismo de absorción está influido por la acidez gástrica. Al igual que ocurre cuando se administran otros inhibidores de la secreción ácida o antiácidos, la absorción de ketoconazol e itraconazol puede disminuir durante el tratamiento con esomeprazol. Esomeprazol inhibe CYP2C19, el principal enzima metabolizador de esomeprazol. Por tanto, cuando se combina esomeprazol con fármacos metabolizados por CYP2C19, tales como diazepam, citalopram, imipramina, clomipramina, fenitoína, etc., pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de estos fármacos y puede ser necesaria una reducción de dosis. Esto debe ser especialmente considerado cuando se prescribe esomeprazol para una terapia a demanda. La administración concomitante de 30 mg de esomeprazol originó una disminución del 45% en el aclaramiento de diazepam, sustrato de CYP2C19. La administración concomitante de 40 mg de esomeprazol produjo un aumento del 13% en los niveles plasmáticos mínimos de fenitoína en pacientes epilépticos. Se recomienda monitorizar las concentraciones plasmáticas de fenitoína cuando se inicie o interrumpa el tratamiento con esomeprazol. En un ensayo clínico, la administración

concomitante de 40 mg de esomeprazol a pacientes tratados con warfarina mostró que los tiempos de coagulación permanecieron dentro del rango aceptado. Sin embargo, tras la comercialización, durante el tratamiento concomitante se han notificado unos pocos casos aislados de elevación de INR de significación clínica. Se recomienda una monitorización al inicio y al final del tratamiento concomitante. En voluntarios sanos, la administración concomitante de 40 mg de esomeprazol originó un aumento del 32% en el área bajo la curva concentración plasmática-tiempo (AUC) y una prolongación del 31% de la vida media de eliminación (t_{1/2}), pero no produjo aumentos significativos en los niveles plasmáticos máximos de cisaprida. El intervalo QTc ligeramente prolongado observado tras la administración de cisaprida sola, no se prolongó más cuando se administró cisaprida en combinación con esomeprazol (ver también apartado "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Se ha demostrado que esomeprazol no presenta efectos clínicamente relevantes sobre la farmacocinética de amoxicilina o quinidina. Durante los estudios a corto plazo que evaluaron la administración concomitante de esomeprazol y naproxeno o rofecoxib no se ha identificado ninguna interacción farmacocinética de interés clínico. **Efectos de otros fármacos sobre la farmacocinética de esomeprazol:** Esomeprazol es metabolizado por CYP2C19 y CYP3A4. La administración concomitante de esomeprazol y un inhibidor de CYP3A4, claritromicina (500 mg dos veces al día), originó una duplicación de la exposición (AUC) a esomeprazol. No es necesario ajustar la dosis de esomeprazol. **Embarazo y lactancia:** No se dispone de datos clínicos sobre embarazos expuestos a esomeprazol. Los estudios en animales con esomeprazol no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto al desarrollo embrionario/fetal. Los estudios en animales con la mezcla racémica no indican que puedan producirse efectos perjudiciales directos o indirectos sobre el embarazo, parto o desarrollo post-natal. Se debe tener precaución cuando se prescriba a mujeres embarazadas. Se desconoce si esomeprazol se excreta en la leche humana. No se han realizado estudios en mujeres lactantes; en consecuencia, no se debe utilizar NEXIUM MUPS durante el periodo de lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No se han observado efectos. **Reacciones adversas:** En el programa de ensayos clínicos para esomeprazol y tras la comercialización, se han identificado o sospechado las siguientes reacciones adversas al fármaco. En ninguna se demostró una relación con la dosis. **Frecuentes (>1/100, <1/10):** Cefalea, dolor abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas/vómitos, estreñimiento. **Poco frecuentes (>1/1000, <1/100):** Dermatitis, prurito, urticaria, mareo, sequedad de boca. **Raras (>1/10000, <1/1000):** Reacciones de hipersensibilidad, por ejemplo, angioedema, reacción anafiláctica, aumento de los enzimas hepáticos. Las siguientes reacciones adversas se han observado con el racemato (omeprazol) y pueden producirse con esomeprazol: **Sistema nervioso central y periférico:** Parestesia, somnolencia, insomnio, vértigo. Confusión mental reversible, agitación, agresividad, depresión y alucinaciones, predominantemente en pacientes gravemente enfermos. **Endocrinas:** Ginecomastia. **Gastrointestinales:** Estomatitis y candidiasis gastrointestinal. **Hematológicas:** Leucopenia, trombocitopenia, agranulocitosis y pancitopenia. **Hepáticas:** Encefalopatía en pacientes con enfermedad hepática severa pre-existente; hepatitis con o sin ictericia, insuficiencia hepática. **Músculoesqueléticas:** Artralgia, debilidad muscular y mialgia. **Dermatológicas:** Erupción, fotosensibilidad, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica (NET), alopecia. **Otras:** Malestar. Reacciones de hipersensibilidad, por ejemplo, fiebre, broncoespasmo y nefritis intersticial. Aumento de la sudoración, edema periférico, visión borrosa, alteración del gusto e hiponatremia. **Sobredosis:** Hasta la fecha, existe una experiencia muy limitada con la ingestión de sobredosis de forma deliberada. Los síntomas descritos en conexión con 280 mg fueron síntomas gastrointestinales y debilidad. Dosis únicas de 80 mg de esomeprazol no provocaron ninguna reacción. No se conoce antídoto específico. Esomeprazol se une extensamente a las proteínas plasmáticas y, en consecuencia, no es fácilmente dializable. Como en cualquier caso de sobredosis, el tratamiento deberá ser sintomático y se deberán emplear medidas generales de soporte. **DATOS FARMACEUTICOS: Lista de excipientes.** Monoestearato de glicerol 40-55, Hidroxipropil celulosa, Hipromelosa, Óxido de hierro (marrón-rojizo, amarillo) (E 172), Estearato de magnesio, Copolímero de ácido metacrílico y acrilato de etilo (1:1), dispersión al 30%, Celulosa microcristalina, Parafina sintética, Macrogols, Polisorbato 80, Croscopolidona, Estearil fumarato de sodio, Esferas de azúcar (sacarosa y almidón de maíz), Talco, Dióxido de titanio (E 171), Citrato de trietil. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar en el envase original. No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del recipiente / Precios:** Los formatos que se comercializan en España son: NEXIUM MUPS 20 mg: Envase con 14 comprimidos (PVP/iva: 20,73 €) y 28 comprimidos (PVP/iva: 37,31 €), acondicionados en blísters de aluminio así como envase clínico de 100x1 comprimidos (dosis unitaria) acondicionados en blísters de aluminio (PVP/iva: 101,58 €). NEXIUM MUPS 40 mg: Envase con 14 comprimidos (PVP/iva: 29,73 €) y 28 comprimidos (PVP/iva: 53,50 €), acondicionados en blísters de aluminio, así como envase clínico de 100x1 comprimidos (dosis unitaria) acondicionados en blísters de aluminio (PVP/iva: 145,60 €). **Instrucciones de uso: Administración a través de sonda gástrica:** 1. Introducir el comprimido en una jeringa apropiada y llenar la jeringa con aproximadamente 25 mL de agua y aproximadamente 5 mL de aire. Para algunas sondas, se requiere una dispersión en 50 mL de agua para evitar que los pellets obstruyan la sonda. 2. Agitar inmediatamente la jeringa durante aproximadamente 2 minutos para dispersar el comprimido. 3. Sujetar la jeringa con la punta hacia arriba y comprobar que la punta no se ha obstruido. 4. Conectar la jeringa a la sonda a la vez que se mantiene la posición anterior. 5. Agitar la jeringa y colocarla con la punta hacia abajo. Inyectar inmediatamente 5-10 mL en la sonda. Invertir la jeringa tras la inyección y agitar (la jeringa debe mantenerse con la punta hacia arriba para evitar que se obstruya la punta). 6. Volver a poner la jeringa con la punta hacia abajo e inyectar inmediatamente otros 5-10 mL en la sonda. Repetir este procedimiento hasta vaciar la jeringa. 7. Llenar la jeringa con 25 mL de agua y 5 mL de aire y repetir el paso 5 si fuera necesario para arrastrar cualquier sedimento que quede en la jeringa. Para algunas sondas, son necesarios 50 mL de agua. **NUMERO(S) DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION:** NEXIUM MUPS 20 mg Comprimidos gastroresistentes: 63.436. NEXIUM MUPS 40 mg Comprimidos gastroresistentes: 63.437 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACION/RENOVACION DE LA AUTORIZACION:** 15 de Noviembre de 2000. **FECHA DE LA REVISION (PARCIAL) DEL TEXTO:** Abril 2004. **REGIMEN DE PRESCRIPCION Y DISPENSACION:** Con receta médica. **CONDICIONES DE LA PRESTACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Condiciones de prestación normales. **TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION:** AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. C/ Serrano Galvache, 56 - Edificio Roble. 28033 Madrid. **Para mayor información, consultar la Ficha Técnica completa y/o dirigirse a AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A., Tfno: 900 16 20 01.**

BIBLIOGRAFÍA:

1. Miner PB Jr., Katz PO, Chen Y. Gastric acid control with esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole and rabeprazole: a five-way crossover study. Am J Gastroenterol 2003; 98: 2616-2620.
2. Edwards SJ, Lind T, Lundell L. Systematic review of proton pump inhibitors for the acute treatment of reflux oesophagitis. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15:1729-1736

Próximo número

GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA CONTINUADA Julio-Agosto 2005, Volumen 4, Número 4

GH

Actualización **Reflujo gastroesofágico**

Definición, epidemiología y factores predisponentes
Vicente Ortiz y Vicente Garrigues

Patogenia
M. Teresa Arroyo Villarino y Javier Alcedo

Aproximación diagnóstica y manejo terapéutico
Julio Ponce

¿Cuándo operar y cuándo indicar tratamiento endoscópico?
Manuel Pera, Carlos Manterota, José Manuel Ramón y Luis Grande



Implicaciones clínicas de la investigación básica

Glutaminasa intestinal y encefalopatía hepática
María Jover y Manuel Romero Gómez

El lugar en terapéutica de....

Estrategias anti-TNF- α en el tratamiento
de la hepatitis alcohólica grave
Eduard Cabré

Revisión técnica diagnóstica

Marcadores tumorales en oncología digestiva:
cuáles y cuándo solicitarlos
Josefina Mora

Ensayos clínicos y práctica clínica

DPPI con prótesis recubiertas
Juan Carlos García-Pagán



Prevención de...

Estrategias de vigilancia postoperatoria
en el cáncer colorrectal
*Francisco Rodríguez-Moranta, Francesc Balaguer
y Antoni Castells*



Ventana a otras especialidades

Gérmes multirresistentes
Silvia Hernández y José Leiva

Hablemos de...

Medidas de la calidad de vida en patología digestiva
Francesc Casellas y Josefina López