

## 9.1. DISCUSIÓN.

El porcentaje de afectados (A) 42,11% que acuden de forma privada a consulta, pone de manifiesto que estos trabajadores no se benefician de la cobertura sanitaria que precisan debiéndose hacer cargo del coste económico que ello representa.

Un estudio de la OMS (Comisión Europea, 1999) muestra que, en Europa, sólo un 50% de la población activa tiene acceso a los servicios de la medicina del trabajo, lo que equivale a decir que 100 millones de trabajadores no se benefician de *ningún* servicio, y otros 100 millones disponen sólo de una cobertura elemental. Los resultados obtenidos en la presente investigación están en consonancia con dicho estudio ya que el 42,11% de (A) acuden de forma privada a consulta no beneficiándose de los servicios de salud.

No hay diferencia significativa entre (A) y (NA) por razón de género. El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo, las variables son independientes y no están relacionadas. No se da mayor riesgo por el hecho de ser mujer para ser (A), en contra de lo que afirma Piñuel (2002) que el mobbing afecta tanto a hombres como a mujeres pero existe mayor riesgo en el grupo femenino.

El 84,21% del grupo de (A) tienen una edad superior a 31 años, siendo la media de edad 39 años, solo el 15,79% tiene de 20 a 30 años, en oposición a los datos publicados por Piñuel (2002) que destaca que casi 2 de cada 3 víctimas de mobbing tienen menos de 30 años (64%) o a lo expresado en el Informe Randstad (2003) donde se dice que el acoso por razón de edad no presenta grandes variaciones

entre tramos aunque se observa un ligero porcentaje más alto en las personas más jóvenes.

Un 23,68% de los casos (A) pertenecen al Sector de la Administración Pública, siendo significativo el nivel de riesgo de ser (A) para los trabajadores de este sector y estos datos concuerdan con los publicados por la OIT (2006) que mostraban que en España cerca de 22% de los funcionarios públicos eran víctimas de mobbing. Un 28,95% de (NA) pertenecen al Sector de la Industria, siendo significativo que el riesgo es menor para este sector.

El puesto de trabajo con más riesgo a nivel significativo de ser (A) es el de Auxiliar con un 13,16% mientras que para los (NA) sería el de Operario el puesto de trabajo con menos riesgo a nivel significativo con un 28,95%.

La media de años de antigüedad es de 9 y los resultados estadísticos muestran que el riesgo significativo de ser (A) es para los trabajadores que tienen más de 5 años de antigüedad.

Respecto al motivo de consulta el 57,89% (A) refiere problemas en el trabajo y el 31,58% sintomatología depresiva, por el contrario en el grupo de (NA) nadie hace referencia a problemas laborales estando el 47,37% expresando sintomatología depresiva.

Los resultados muestran que en la mayoría de los casos (A) la persona es capaz de definir claramente desde donde surge el problema y discrimina perfectamente que el núcleo de conflicto es externo. Sin embargo esto contrasta fuertemente con los diagnósticos médicos y/o psiquiátricos con los que llegan los pacientes, en los que en ningún

caso se hace referencia a factores laborales pero sí en un 52,63% a trastorno depresivo.

Todo ello podría explicar la resistencia que encontramos entre el grupo (A) a ingerir medicación, un 34,21% no toman ningún medicamento frente al 23,68% de los (NA). En los (A) el porcentaje que toma medicación es menor 65,79% que en los (NA) que suponen un 76,32%. De los que no toman medicación el porcentaje más elevado es para los (A) con un 59,09%. Se observa que las personas afectadas son reacias a la ingesta de medicamentos ya que reconocen la causa de su dolencia como externa a ellos.

La totalidad de casos (A) presentan Bajo estado de ánimo, ansiedad, angustia y labilidad emocional. En los casos (NA) se dan esas mismas sintomatologías e Inseguridad/Baja Autoestima que la presentan más del 90% de los casos. Los estadísticos nos muestran de forma significativa que para los (A) el síntoma es la Desconfianza.

Según el DSM-IV el 100% de los casos (A) se clasificarían en su apartado 6 - Trastornos depresivos y 17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral. Más del 90% en el apartado 17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico, 7 - Trastornos de angustia sin agorafobia y 7 - Trastorno de ansiedad generalizada. Más del 50% en 7 - Trastorno por estrés agudo. Siendo estadísticamente significativa la probabilidad que los (A) presenten: Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral y Trastorno por estrés agudo.

En los casos (A) el porcentaje mayor, por encima del 90%, se clasificaría según el CIE-10 como F41 - 41.2 - Trastornos mixto de

ansiedad y depresión, más del 80% como F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada y más del 50% como F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado.

Así mismo, solo una prevalencia del 18,42% de los (A) y un 15,79% de los (NA) presenta Trastorno por estrés post-traumático según los criterios del DSM-IV, siendo un 18,42% de (A) y de (NA) respectivamente, según los criterios del CIE-10. El riesgo estimado con IC (95%) de dichas clasificaciones del DSM-IV y del CIE-10 que presentan tanto los casos (A) como los (NA) no difieren significativamente y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas, oponiéndose estos resultados a los referenciados por Moreno y Rodríguez (2006) en el que con una prevalencia del 54,1% se cumplía con los criterios diagnósticos del TEPT (DSM-IV) y donde concluían que los resultados confirmaban que el acoso psicológico constituye una situación de riesgo para padecer el TEPT, o a los obtenidos por Piñuel (2001) donde señala que, además de estrés postraumático los efectos psicológicos en las víctimas de acoso son estrés por coacción continuada y el síndrome de fatiga crónica o a González de Rivera (1997 y 2000) que manifiesta que conforme la situación de acoso se mantenga, alrededor de 6 meses según los expertos, la mayor parte de las víctimas sufren del síndrome de estrés postraumático.

Nuestros resultados muestran que ninguna de estas clasificaciones se corresponde íntegramente de forma inequívoca al cuadro clínico que presentan los (A). Esto lleva a que en la presente investigación lleguemos a establecer un cuadro nosológico del *mobbing*, a través del análisis de signos y síntomas que permitan su clasificación.

Según Hirigoyen (2001) el 74% de las personas acosadas presentan un promedio de 138 días de baja, este resultado no se confirmaría con el que hemos encontrado que presentan un promedio muy inferior (96,89 días) al apuntado por la autora.

Los resultados muestran que existe asociación significativa entre la intencionalidad de las conductas (más que a mis compañeros) y las situaciones de violencia en el trabajo (igual que mis compañeros) que están relacionadas con el hecho de pertenecer al grupo (A).

Todas las conductas que refieren recibir los (A) y que han evidenciado una asociación significativa se hallan incluidas en los tres tipos de conducta que califica el cuestionario IVAPT-PANDO-E-R, adaptación española (Carrión, López y Preciado, 2007; Carrión, López, Pando, 2007) *Manipulación para inducir al castigo (MIC)*, *Daños a la imagen pública (DIP)* y *Obstáculos al desempeño laboral (ODL)*. Las probabilidad que tienen los (A) de recibir estas conductas durante 6 meses o más y una o más veces por semana, es estadísticamente significativa.

En el 52,63% de los casos (A) el Mobbing es de tipo descendente (por parte de un superior) siendo estos resultados similares a los expresados en el Informe Randstad (2003) donde se dice que los mandos jerárquicos son los principales acosadores o en el de Soto (2005) donde se muestra que en el 48,8% de los casos el acosador es el Jefe o Supervisor.

En el 42,11% de los casos (A) se ha producido un cambio en la organización, a partir del cual se han iniciado o agravado las conductas de mobbing y este resultado concuerda con el estudio de

Brigando (2005) donde el mayor porcentaje confirma que el problema de origen es la entrada de un Jefe nuevo.

Los casos estudiados presentan indicios razonables del perjuicio potencial de las conductas malintencionadas, aunque no hubieran dejado secuelas residuales incapacitantes. Hay que tener en cuenta que si se demuestra la intencionalidad y/o el daño, no sería necesaria la consideración del periodo de 6 meses como indicaba (Leymann, 1990), ya que aunque no se manifieste de forma inmediata el riesgo es grave.

Los daños a la salud (impacto de las conductas en el afectado) son demostrables con el cuadro clínico que presenta el (A). Es un daño derivado del trabajo (organización y ordenación del mismo) y presenta un riesgo laboral grave e inminente. En cada caso se detallarán los grados de incapacitación relacionados con los daños a la salud en los afectados y tendremos en cuenta que la enfermedad derivada de un conflicto laboral constituye un accidente de trabajo.

## **9.2. CONCLUSIONES.**

A través de la descripción, clasificación y análisis estadístico de los datos obtenidos y las diferencias halladas entre los dos grupos (A) y (NA) en cuanto a las variables demográficas-laborales, variables diagnósticas así como en las variables de Conflicto, Violencia y Mobbing “CVM”, podemos ordenar dichas categorías y concluir con la elaboración de la “CDP”.

La “CDP”, es un protocolo para que los profesionales de salud (psicólogos, médicos y/o psiquiatras) puedan clasificar la información

de los casos 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, determinando si estamos o no ante una situación de mobbing, violencia en el trabajo o conflicto. Así mismo los datos relevantes obtenidos a través de la “CDP” y su análisis por expertos, 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.

Veamos los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico de la comparación de los grupos de (A) y (NA) que nos permiten establecer el perfil de cada uno de ellos.

### 9.2.1. Perfil demográfico-laboral.

Como muestran los datos obtenidos (tabla 37) las diferencias significativas entre ambos perfiles las podemos encontrar en la Derivación, Sector de la Actividad y Puesto de Trabajo.

**Tabla 37.- Perfil demográfico-laboral.**

	Deriv. Mutua	Edad	Genero	Estado civil	Sector Actividad	PT	Antigüedad
(A)	No	39	H/M	Indif.	A. Pública	Auxiliar	9 años
(NA)	Si	38	H/M	Indif.	Industria	Operario	8 años

### 9.2.2. Perfil diagnóstico.

Capítulo 9. Discusión y Conclusiones.

Como se puede observar (Tabla 38) el perfil de los (A) y (NA) difiere significativamente en todos los apartados a excepción de los días de baja y la ingesta de medicación.

**Tabla 38.- Perfil diagnóstico.**

	Motivo Consulta	Diagnóstico	Días Baja	Síntomas	DSMIV	CIE10	Toma Med.
(A)	Problemas Trabajo	Trast. depresivo	96,89 No sig.	Desconfianza	17 Problem laboral 7 Trast. Estrés agudo	-	65,79 % No sig.
(NA)	Problemas Familiares	Reacciones adaptativas	73,16 No sig.	Otros síntomas	15 Trast. Adaptativos	F43.43.2 Trast. de adaptac.	76,32 % No sig.

**9.2.3. Perfil CVM (Conflicto, Violencia, Mobbing)**

En este caso (Tabla 39) el perfil de (A) y (NA) difiere significativamente en cada uno de los apartados que se contemplan.

**Tabla 39.- Perfil CVM (Conflicto, Violencia, Mobbing)**

	Conductas	Duración	Frecuencia	Intencion.	Dirección	Suceso
(A)	Si	6 m. o más	Una o más veces por semana	Más que el resto de sus compañeros Igual que a sus compañeros	Descendente Horizontal Mixta	Cambios organizativos o personales, nueva incorporación, ningún cambio
(NA)	No	No	No	No	No	No

#### 9.2.4. Factores psicosociales nocivos.

El perfil diagnóstico y el perfil CVM nos permite realizar la VDP (valoración del daño psicosocial) mediante la valoración de los factores psicosociales nocivos en el entorno laboral (tabla 40) y los daños que éstos han producido tanto al bienestar, calidad de vida, salud física y/o mental y en el ámbito laboral con la presencia de una o más variables CVM, así como el grado de las secuelas producidas.

**Tabla 40.- Factores psicosociales nocivos**

	Daño al bienestar	Daño a la calidad de vida	Daño a la salud física	Daño a la salud mental	Daño al desarrollo del trabajo	Una o más variables CVM
(A)	Si	Si	Si	Si	Si	Si
(NA)	No	No	No	No	No	No

#### 9.2.5. Valoración del alcance del daño producido.

Para establecer la calificación de las secuelas derivadas de los factores psicosociales nocivos en el ambiente laboral (tabla 41), deben valorarse los factores psicológicos, médicos, jurídicos y laborales que concurren en cada caso concreto, con la finalidad de establecer el diagnóstico de las lesiones sufridas, las secuelas finales y determinar las limitaciones para el desempeño de su trabajo considerando las tareas fundamentales o no de su trabajo habitual.

Capítulo 9. Discusión y Conclusiones.

**Tabla 41.- Valoración del alcance del daño producido**

	Grado 1 Sin Secuelas	Grado 2 Incapacidad Parcial	Grado 3 Incapacidad Total	Grado 4 Incapacidad Absoluta
	Reincorporación al trabajo, sin síntomas residuales o con síntomas mínimos, compatibles con <i>mantenimiento de la eficacia</i> en su trabajo.	Reincorporación al trabajo, con síntomas que requieren supervisión médica ambulatoria, compatibles con el trabajo, pero con <i>pérdida de la eficacia</i> por dificultad de mantener lazos sociales en el mismo entorno laboral donde se sufrió el acoso.	Imposibilidad reincorporación al trabajo que desempeñaba, porque, por el mismo hecho de volver al lugar del acoso, desencadenan episodios o crisis de agudización psicosomática en forma de <i>recidivas</i> , que ocasionan frecuentes bajas laborales.	Imposibilidad desempeñar ningún tipo de trabajo porque, por el mismo hecho de compartir tareas profesionales con otros compañeros (relación horizontal) y depender de superiores (relación vertical), pone en peligro su integridad psíquica y física en forma de agravación del deterioro crónico.
(A)	Si	Si	Si	Si
(NA)	Si	No	No	No

**9.2.6. Tratamiento jurídico.**

Se debe proceder a la posterior tipificación jurídica de estas conductas (tabla 42), para facilitar así la efectiva realización del peritaje y su correspondiente informe.

**Tabla 42.- Tratamiento jurídico.**

	Daños derivados del trabajo	Riesgo laboral grave e inminente	Características del trabajo	Presión laboral tendenciosa	Indicios razonables
(A)	Si	Si	Si	Si	Si
(NA)	No	No	No	No	No

### 9.2.7. Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”.

Así mismo todos los datos expresados anteriormente, nos permiten mostrar la alteración del estado de la salud de los (A), la nosología del mobbing (tabla 43) mediante el estudio de la clínica basada en la agrupación de sus **signos** o manifestación objetiva de enfermedad o alteración de la salud, percibidos mediante examen físico y **síntomas** significativos o percepción de cambio subjetivo que se puede reconocer como anómalo causado por estado patológico o enfermedad, nos llevan a establecer el cuadro nosológico de lo que hemos denominado **Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”**.

**Tabla 43.- Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”.**

Síntomas	Motivo Consulta	Problemas Trabajo. Recibe conductas (MIC), (ODL) y/o (DIP) Más que el resto de sus compañeros. La situación le provoca daño a su bienestar, calidad de vida, salud física y/o mental y en el ámbito laboral
	Síntomas manifiestos	<b>Desconfianza</b> , Bajo estado de ánimo, Ansiedad, Angustia, Labilidad emocional
Signos	Diagnóstico	Trast. Depresivo. Valoración del alcance del daño. Daño derivado del trabajo. Riesgo laboral grave e inminente. Características del trabajo. Presión laboral tendenciosa. Indicios razonables
	Clasificación	El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos Durante o después del acontecimiento traumático, el

Capítulo 9. Discusión y Conclusiones.

---

		<p>individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional</li><li>2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido)</li><li>3. desrealización</li><li>4. despersonalización</li><li>5. amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)</li></ol> <p>El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.</p> <p>Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).</p> <p>Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).</p> <p>Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.</p> <p>Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.</p>
--	--	---

### 9.3. VISIÓN DE FUTURO.

Según informa Europa Press (2006), los datos aportados por el Secretario General de Empleo y el Director del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, demuestran que los nuevos riesgos psicosociales, categoría que engloba los sobreesfuerzos físicos, los

traumas psíquicos, el estrés, el *mobbing*, la falta de estabilidad laboral o la movilidad en el puesto de trabajo, son responsables del 34,35% del total de los siniestros. La violencia en el trabajo aumenta en todo el mundo y en algunos países alcanza niveles de epidemia, de acuerdo con una nueva publicación de la Organización Internacional del Trabajo (2006) que se refiere a prácticas como la intimidación, el hostigamiento sistemático o *mobbing*, las amenazas por parte de compañeros psicológicamente inestables, el acoso sexual y los homicidios. Como dice González (2002) para fomentar la cultura preventiva es necesario un cambio de actitudes y éste ha de ser un cambio para preservar la vida. También la propia Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea (1999) informa que podrían detectarse y tratarse los signos precursores de una enfermedad de modo que no se convirtieran en enfermedad declarada. Asimismo podrían tomarse iniciativas del tipo «lugares de trabajo saludables» para la promoción de la salud.

Se debe tener en cuenta el ciclo de producción de la empresa en su totalidad, si se desea llevar adelante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de manera rentable. Este planteamiento debe estar integrado en el proceso de innovación, en este sentido, es más importante, optimizar parámetros vitales para los individuos y las compañías, que solamente evitar riesgos (Carrión, 2006). Debemos seguir en el estudio de los problemas de salud ocupacional y alteraciones del medio ambiente laboral provocados por la exposición a factores psicosociales nocivos en el ámbito del trabajo, para que con ello se implementen políticas públicas orientadas a mejorar dichas condiciones.

Es importante conjugar esfuerzos para la identificación y estudio de las diferentes afecciones producto de la relación trabajo-sociedad, teniendo en cuenta que el conocimiento científico que se puede entregar es de interés social, relevancia internacional y clave para una visualización, detección y prevención de los problemas derivados de la exposición a factores psicosociales nocivos en el ambiente laboral.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES AFECTADOS PRO FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS  
EN SU ENTORNO LABORAL  
María De Los Ángeles Carrión García  
ISBN:978-84-691-0207-7 / DL: T.2199-2007

## **1.1. INTRODUCCIÓN.**

El presente capítulo tiene como propósito analizar el tema de la violencia en el trabajo, especialmente la violencia interpersonal denominada acoso moral, psicoterror laboral o mobbing (Barón, 2001; Piñuel, 2001, 2002; Arribas, 2002; Carrión, 2002; Fuertes y Alonso, 2002; Alonso, Peris y Fuertes, 2003; Blanco, 2003; De la Gándara y Alvarez, 2003; Di Martino, Helge y Cooper; 2003; Ausfelder, 2004; Acosta, 2005). Bajo el razonamiento de que dicha manifestación que profana la integridad física y mental de los trabajadores tiene, entre sus fuentes de subsidio más importantes, una relación muy estrecha en el vínculo globalización de las economías y el denominado ajuste organizacional.

Dicho análisis nos conducirá a la necesidad de referirnos a una tipología de la violencia en el trabajo que nos permita distinguir y definir muy claramente en dónde posicionar al acoso moral, psicoterror laboral o mobbing, precisar cuál es su naturaleza e identificar a sus protagonistas.

Asimismo, describiremos el proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas. Donde partiremos de la conceptualización del acoso como un proceso de desgaste psicosocial y precisaremos cómo se convierte en un atentado contra la integridad mental de los trabajadores.

## **1.2. LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO**

### **1.2.1. Concepto.**

La Organización Mundial de la Salud - OMS define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (WHO, 1996). Mientras que para el *Health and Safety Executive* del Reino Unido la violencia en el lugar de trabajo se define como “todo incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo. Los agresores pueden ser pacientes, clientes o compañeros de trabajo” (MSF, 1993)

Según los datos expresados por Krug (2003) en el I<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud auspiciado por la OMS, la violencia en el trabajo es una de las principales causas de muertes y lesiones en muchas partes del mundo. El Informe señala que en los Estados Unidos de Norteamérica la violencia en el trabajo ocupa el segundo lugar como causa de muerte, mientras que en los países de la Unión Europea se estima que cerca de 3 millones de trabajadores han sido presa de la violencia física en sus lugares de trabajo.

Según datos de la OMS, en Colombia el porcentaje de trabajadores fallecidos por homicidio en su sitio de trabajo fue del 2.6% en 2000 y las víctimas de agresiones no mortales fue del 6% en el mismo año (Rodríguez, et al, 2003).

También se reporta que en la Argentina el 6.1% de los trabajadores y el 11.8% de las trabajadoras revelaron haber sufrido algún tipo de agresión. Y el 16.6% de las mujeres dieron cuenta de incidentes de carácter sexual durante 1995. En Bolivia, el 0.4% de los

trabajadores y el 0.9% de las trabajadoras sufrieron agresiones. El 1.3% de las mujeres fueron víctimas de algún tipo de incidente sexual durante 1996. En Costa Rica, el 0.8% de los trabajadores y el 1.4% de las trabajadoras sufrieron agresiones, mientras que el porcentaje de mujeres que sufrieron incidentes sexuales fue del 2.2% (OIT, 1998).

En un estudio sobre la magnitud y la repercusión económica de la violencia en seis países latinoamericanos realizado entre 1996 y 1997 auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo, Buvinic y Morrison (1999) reportaron que los costos que generaba la violencia alcanzaba el 1.9% del producto interno bruto (PIB) en Brasil, 5.0% en Colombia, 4.3% en El Salvador, 1.3% en México, 1.5% en Perú y 0.3% en Venezuela (Buvinic, 1999).

Según los datos que recoge el Libro Blanco sobre riesgos sociales en la Administración, en España, más del 21% de los funcionarios de la Agencia Tributaria (AEAT) y la Intervención General del Estado (IGAE) están en situación técnica de acoso psicológico en el trabajo o “mobbing” siendo más prevalente en el caso de los hombres (22,44%) que en el de las mujeres (19,84%), el 7% de las víctimas ha pensado en el suicidio como solución, y el 10% de los contribuyentes son considerados acosadores en el trato con estos empleados (Europa Press, 2004).

Sin embargo los costos de la violencia en el lugar de trabajo no sólo son económicos. Krug (2003) clasifica los costos implicados en costos directos, costos indirectos y costos intangibles.

Los costos directos se expresan en:

- Accidentes;

## Capítulo 1. Mobbing

---

- Enfermedades;
- Discapacidad y muerte;
- Absentismo;
- Recambio del personal.

Los costos indirectos se manifiestan a través de:

- Mengua del rendimiento en el trabajo;
- Descenso de la calidad de los productos o el servicio y una producción más lenta;
- Disminución de la competitividad.

Y, por último, los costos intangibles repercuten en:

- Accidentes;
- Daño a la imagen de la institución;
- Mengua de la motivación y la moral de los empleados;
- Menor lealtad a la institución;
- Niveles inferiores de creatividad;
- Un ambiente que no propicia el trabajo (Krug, 2003)

Es importante precisar que la denominada violencia en el trabajo no sólo se expresa en atentados contra la corporalidad de quienes la sufren, sino que incluye, de acuerdo a la *Northwestern National Life Insurance Company*, “el *acoso* (acto de crear un ambiente hostil mediante palabras, acciones o contactos físicos molestos que no tengan como consecuencia un daño físico); las *amenazas* (manifestaciones de la intención de causar un daño físico), y las *agresiones físicas* (ataques violentos, con o sin uso de armas)” (Lawless, 1993).

El acoso moral es considerado como una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir y a las que se puede someter a un ser humano en situaciones sociales cotidianas. La razón estriba en que consiste en “ser objeto de agresión por los miembros de su propio grupo social”. Lo curioso del cuadro es que ocurre en organizaciones estructuradas y en instituciones conservadoras, con fuertes vínculos e identidades compartidas entre sus miembros (Pedreira, 2001).

Según los datos del *The Workplace Bullying & Trauma Institute* (Namie, 2000) en una encuesta realizada a finales del año 2000, el 16.8% de la población de trabajadores estadounidenses sufre o ha sufrido de acoso en el trabajo. Soares (2002) menciona, en su estudio realizado en la comunidad de Montreal, que en Canadá el 10.9% de los trabajadores vivían, en el momento en que realizó su investigación, alguna situación de acoso moral, un 18% lo ha vivido en los últimos 12 meses y un 6.1% ha sido testigo de algún acto de hostigamiento psicológico.

Di Martino, Helge y Cooper (2003) señalan que en los países que actualmente conforman la Unión Europea existe una prevalencia del 9% de trabajadores violentados psicológicamente, siendo Finlandia la nación con un mayor porcentaje de casos reportados con el 15%.

El I<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que: “en investigaciones efectuadas en el Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo y 78% han presenciado dicho comportamiento. En Sudáfrica, las agresiones en el lugar de trabajo se han notificado como algo anormalmente elevado y un estudio reciente mostró que 78% de los

encuestados habían experimentado en algún momento intimidación en el lugar de trabajo” (Krug, 2003).

Según los resultados obtenidos en el Análisis factorial confirmatorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo IVAPT-PANDO (Carrión, López y Preciado, 2007) y su adaptación española IVAPT-E-R (Carrión, López, Pando, 2007), la ocurrencia de estas conductas violentas se pueden considerar en tres niveles: como **testigo** cuando la persona manifiesta no haberlas padecido, pero sí observado en otros compañeros; en **general** cuando exponen hallarse ante una situación que padecen tanto ellos como sus compañeros, y como **acoso psicológico en el trabajo** cuando dicen recibirla ellos más que el resto. El 77.8% (441) de los participantes señalan ser testigo de conductas de violencia psicológica en su trabajo a un nivel bajo; el 11.4% (65) a un nivel medio y finalmente el 10.8% (61) a un nivel alto. La exposición general a situaciones de violencia en el entorno laboral se manifiesta en un 20.2% (115) de los participantes a nivel bajo; el 2.5% (14) a nivel medio y el 77.2% (438) a nivel alto. El acoso psicológico expresado por los trabajadores a nivel bajo es de 76.72% (435), a nivel medio 6.87% (39) y el 2.65% (15) expresan padecerlo a nivel alto, mientras que el 13.76% (78) indican no recibir este tipo de conducta.

Como se puede ver existen estudios que ilustran la magnitud de la violencia psicológica en el lugar de trabajo. En Latinoamérica, aunque ya se empieza a discutir sobre el tema, aún no existen datos consistentes derivados de trabajos de investigación. Ello deviene de un interés extemporáneo de los especialistas en salud en el trabajo sobre el tema, mas no sólo es eso. También podríamos sugerir que la manifestación de la violencia en general, y por consecuencia la

expresada en el lugar de trabajo, tiene otras aristas que condicionan su no oficialización en cifras y datos duros. Rosenberg y Mercy (1993) mencionan, entre otros motivos, la aceptación cultural de la violencia, la ausencia de un procedimiento de denuncias, el temor a la culpabilización o a las represalias y la falta de interés por parte de la empresa.

Además, por la naturaleza e implicaciones sociales que conlleva la violencia en el trabajo, el acceso a los datos epidemiológicos varía significativamente entre países, pues como ya se mencionó líneas arriba, aunque la violencia en el trabajo sea un fenómeno globalizado, no existe uniformidad entre naciones, ni en la capacidad para abordar el comportamiento violento y sus repercusiones en la integridad mental, ni en la generación de datos fidedignos sobre el tema.

Así, sea un interés asincrónico de los especialistas, sean atavismos culturales o un franco desinterés de los empleadores, todos estos motivos representan un impedimento real (Acosta, Carrión, González y Franco, 2006).

### **1.2.2. La globalización de las economías.**

A nadie en sano juicio le resultará ajeno comprender que la globalización de las economías es una estrategia financiera de la que todos los países del orbe forman parte, ya sea voluntaria o involuntariamente.

En apego estricto a la historia, la globalización que hoy vivimos es una versión actualizada de acuerdos económicos

internacionales precedentes. Más con la diferencia de que el formato global vigente obedece a una lógica que Amin (2001) califica como una mundialización de naturaleza polarizante y que trae como resultado una enorme desigualdad entre las naciones afiliadas según sea su rango de participación en dicha aventura mercantil.

Para Samir Amin, la lógica que impera en la mundialización actual es la de las “políticas antisistémicas de desconexión” (Amin, 2001) lo que significa que los países con un magro nivel de desarrollo económico se enfrentan ante la imposibilidad irreversible de aspirar a alcanzar el bienestar económico y social para sus ciudadanos y, al mismo tiempo, se les condiciona a una adhesión irremediable a dicha estrategia perversa so pena de quedar excluidos, paradójicamente, de cualquier posibilidad de desarrollo.

Pero nos preguntaremos ¿qué tiene que ver la mundialización económica y el trabajo y qué articulación tiene con la violencia psicológica escenificada en los entornos laborales?

La respuesta es simple. La globalización ha derivado en la sobreconcentración de la riqueza en los países hegemónicos (entiéndase Estados Unidos de Norteamérica y los países integrantes de la Comunidad Europea, principalmente.) y, por ende, como lo cita Petras (2002), ningún país periférico (inclúyanse a todos los países latinoamericanos) tiene posibilidad alguna de competir ante las potencias de este bloque económico. Así, “el argumento liberal de que el libre comercio, *expresión genuina de la mundialización económica*, incrementará la "competitividad" de las economías del Tercer Mundo es falso, dado que existe una concentración tan desigual del poder económico *ante* las compañías estadounidenses y europeas *que el*

*camino al desarrollo social y el bienestar de los países periféricos está lejos de convertirse en una realidad.”*

Por otra parte, en lo que se refiere al escenario laboral, la mundialización de la economía provoca una severa segmentación del mercado de trabajo, esto se refleja en una serie de desajustes y complicaciones en el empleo, el ingreso y las relaciones entre trabajadores y empleadores.

También es importante señalar la imponente tendencia a la feminización de la violencia en el trabajo como consecuencia de la migración. Según el libro, *¡Género! Pacto entre iguales*, publicado por la OIT (2000) “la migración y el tráfico humano... existen porque hay un mercado, mantenido por una demanda de consumo, y porque en algunas partes del mundo la feminización de la pobreza, la falta de acceso a los recursos y los crecientes índices de desempleo y de inseguridad económica han aumentado la masa de posibles candidatos tanto a la migración como a ser objeto de tráfico” lo que tiende a perpetuar los actos de violencia hacia las mujeres.

Por otra parte, Hirigoyen (2001) utiliza los términos de *cinismo del sistema y perversidad del sistema* para describir formas de organización promotoras de la violencia psicológica en la modalidad de acoso moral. En sendos procedimientos las empresas se valen de “la manipulación y la mentira para obtener un mayor rendimiento de sus asalariados y aumentar sus cifras”. Dichos actos, sin duda, estimulan más que la cooperación entre los trabajadores, la rivalidad y el encono. De esto a la violencia psicológica no hay ni un solo paso.

Para Blanco (2003), el acoso moral representa una más de las caras del neoliberalismo y de la sociedad global donde la carrera por la obtención rápida del beneficio lleva a las empresas a prescindir de los trabajadores que no consideran útiles adoptando fórmulas crueles de alternativa al despido

En fin, la mundialización a pesar de sus “bondades” tiene como atributos la exclusión y la justificación de la desigualdad, tanto entre naciones como en poblaciones, condición que incuba el infortunio de la violencia. Ya Krug lo menciona en el 1<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, “las sociedades con niveles elevados de desigualdad, donde la brecha entre ricos y pobres se ensancha más como resultado de la globalización, probablemente sufran un aumento de la violencia interpersonal” (Krug, 2003).

### **1.2.3. Una tipología de la violencia y su expresión psicológica en el trabajo.**

En la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el año de 1996 en Ginebra, la violencia fue declarada como un asunto de salud pública, de ello emanó la necesidad de enunciar una tipología de la violencia en la que se pudieran caracterizar sus diferentes tipos y la relación entre éstos.

Así, la violencia es dividida en tres categorías generales:

- La violencia autoinflingida
- La violencia interpersonal
- La violencia colectiva

En este trabajo sólo abordaremos la violencia interpersonal en su modalidad de violencia comunitaria que “es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar” (Krug, 2003)

De esta suerte, la violencia psicológica en el lugar de trabajo está inscrita en la expresión interpersonal y es concebida de dos formas:

- Amedrentamiento
- Intimidación y hostigamiento

Conforme al Comunicado de Prensa de la OIT CE 132/22 (2003), el amedrentamiento en el lugar de trabajo cada vez es más frecuente y “se trata de todo comportamiento ofensivo de un miembro del personal que, mediante actos revanchistas, crueles, malintencionados o humillantes, busque debilitar la condición de otro trabajador o de un grupo de trabajadores”.

Tal podría ser el caso de generar dificultades al compañero de trabajo que destaque en el desempeño de sus funciones; el que un superior se dirija sistemáticamente a un subordinado por medio de gritos; la imposición por parte del "amedrentador" de sus puntos de vista como única manera correcta de realizar las tareas; la negativa del "amedrentador" a delegar responsabilidades argumentando que nadie merece su confianza; la mortificación a otros miembros del personal con críticas negativas incesantes o privar de responsabilidades a los trabajadores que muestren grandes competencias o aptitudes profesionales (*idem*, pág 2).

La intimidación y hostigamiento se define como los comportamientos que un grupo de trabajadores ejerce sobre otro trabajador y que van desde “la repetición de comentarios negativos sobre una persona o las críticas incesantes en su contra; "hacer el vacío" a un trabajador, desalentando todo contacto social con éste; o la propagación de chismes o de información falsa acerca de la persona que se quiere perjudicar” (*idem*, pág. 3).

Una vez caracterizada la violencia en el lugar de trabajo, dispongámonos a concentrar nuestro análisis en el acoso moral.

### **1.3. ¿QUÉ ES ACOSO MORAL EN EL TRABAJO?**

El concepto de acoso moral en el trabajo ha surgido de definiciones precedentes sobre la violencia psicológica en el trabajo. Heinz Leymann fue uno de los primeros especialistas en el tema y denominó como psicoterror laboral (Leyman, 1990) a toda comunicación hostil e inmoral que se dirige de una manera sistemática por uno o más individuos, principalmente hacia un compañero de trabajo que, debido a ello, es empujado a una posición de indefensión que le impide continuar eficientemente con sus actividades laborales.

Mientras que para Dejourns (1999), “el acoso moral es un cuadro clínico específico de alienación social en el trabajo. Dicho cuadro lleva a la marginación extrema, a la pérdida de identidad del sujeto que lo sufre. La alienación social es el resultado de presiones psíquicas que surgen de la organización del trabajo sobre el sujeto. Ya sea el modo de gestión y evaluación o el estilo de dirección en la empresa”.

Einarsen y Skogstad (1996); Leymann (1996); Zapf et al. (1996) y Zapf (1999) definen el acoso en el trabajo como “un tipo extremo de estresor social. Se distingue de los estresores “normales” por su larga duración y por estar dirigido “especialmente” a una persona en particular”.

Hirigoyen (2001) señala que el acoso moral en el trabajo es principalmente un rechazo a la alteridad que se manifiesta por una intencionalidad perversa *consciente o inconsciente* de causar daño. Hirigoyen define al acoso moral en el trabajo “como toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud, etc.) que atenta, por su repetición o sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo” (*idem*, pág. 19).

Así, el acoso moral en el trabajo es un asedio comunicacional, un cuadro clínico específico de alienación social en el trabajo, un estresor social y un rechazo a la alteridad que es generado por la organización social del trabajo a través de un *intrínquilis complementario* conformada por el sistema de trabajo, uno o varios acosadores y un acosado. La principal característica de este cuadro clínico es su reiteración y sistematicidad, lo que provoca en las víctimas un “sentimiento de haber sido maltratadas, despreciadas, humilladas, rechazadas”. (*idem*, pág. 17)

De lo anterior se deriva la naturaleza *moral* del acoso, pues el objetivo de éste es generar en la víctima un vacío que poco a poco le va minando la salud y le reduce a un simple objeto, blanco de la violencia y víctima de las decisiones que su empleador decida tomar.

La Real Academia Española (2006), en su avance para la vigésima tercera edición de su Diccionario de la Lengua Española, señala como artículo enmendado:

*“Acoso.*

*1. m. Acción y efecto de acosar.*

*2. m. Taurom. Acosamiento a caballo, en campo abierto, de una res vacuna, generalmente como preliminar de un derribo y tiente.*

*~ moral, o ~ psicológico.*

*1. m. Práctica ejercida en las relaciones personales, especialmente en el ámbito laboral, consistente en un trato vejatorio y descalificador hacia una persona, con el fin de desestabilizarla psíquicamente.*

*~ sexual.*

*1. m. El que tiene por objeto obtener los favores sexuales de una persona cuando quien lo realiza abusa de su posición de superioridad sobre quien lo sufre.”*

Piñuel (2002) caracteriza la naturaleza del acoso en el trabajo en la intencionalidad que conlleva el menoscabo y deterioro de la capacidad laboral que se intenta provocar en la víctima. Es decir, para este autor los comportamientos de acoso generalmente tienen una finalidad específica “poder... eliminar a la víctima más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización”.

En fin, el acoso moral en el trabajo sería así, una estrategia que no se funda en la simple rivalidad interpersonal sino que puede estar vinculado a una maniobra institucional que tenga como fin forzar la salida “voluntaria” de un trabajador. Con dicha determinación una empresa estaría en la inmejorable situación de rehuir el pago de la

indemnización que correspondiera legalmente al implicado. Mas es necesario evitar, en este rubro, cualquier generalización, pues no es ésta la única modalidad en que puede darse el acoso moral. Existen otras formas que se concentran principalmente en las disputas generadas exclusivamente entre los trabajadores, lo que de ninguna manera exime a la empresa en su co-responsabilidad ante el tema.

Ya Piñuel (2001) lo refiere así: “el acoso laboral no es un problema tan sólo del individuo o del perverso acosador que lo desencadena, sino todo un signo o síntoma de que las cosas no marchan bien en la manera de organizar el trabajo, de asignar las cargas del mismo, de seleccionar o promocionar a los directivos clave, o bien en lo que respecta a los valores, la cultura y el estilo de *management científico*”.

Otro de los aspectos importantes a resaltar sobre el tema es lo concerniente al vínculo que el acoso moral tiene con el poder, específicamente en su modalidad relacional.

Uriz (1994) señala que las organizaciones funcionan como entornos donde los individuos ejercitan su capacidad de *poder hacer*; imagen primordial de todo sujeto que se construye, tanto al reconocer en los otros dicha capacidad, como en el que esta misma le sea concedida por aquellos. De esto depende que las organizaciones den origen a dos distintos tipos de relaciones de poder: de dominación y de cooperación.

El acoso moral en el trabajo tiene su escenario en las relaciones de dominación. Expliquemos brevemente esta conjetura.

Todo individuo, en cualquier contexto, ya no se diga el laboral, se ve en la necesidad de interactuar con otros individuos. Puede hacerlo de dos maneras; percibiendo a los otros como colaboradores o visualizarlos como adversarios.

Cuando un sujeto discrimina a los otros como oponentes, éste se trueca en un agresor potencial y se echa a andar un proceso a través del cual la amenaza se configura como una consecuencia probable resultante de dicha interacción. De ello deriva en que un acosador recurra a la agresión como instrumento que, lejos de cualquier utilidad biológica primaria, caracterizada por una confrontación física directa, reviste un interés más subjetivo: eliminar la fuente de la amenaza. Es decir, aniquilar simbólicamente al otro.

Así, el acosador pone en marcha una agresión que se dirige “contra todo obstáculo que entiende puede oponerse al logro de sus objetivos, independientemente de la actuación actual o previsible del mismo. No responde a una agresión previa o prevista, sino a la decisión del *acosador* de ocupar un lugar en el que se encuentra el agredido” (Uriz, 1994).

Es decir, cuando una organización laboral promueve la competencia entre sus asociados, le abre la puerta a la agresión como práctica cotidiana. Le tiende un puente en el que pueden transitar fluidamente todo tipo de reacciones emocionales que exponen, tanto a sus emisores como a sus receptores, a una lucha intestina por la obtención de un sitio de privilegio. Un sitio de poder.

De esta forma no es difícil identificar que el proceso del acoso moral responde a una especie de subsidio organizacional que da salida

a lo que Uriz denomina como “las estructuras mentales básicas” (*ídem*, pág. 70) del sujeto. Estructuras que se caracterizan por su inmediatez de respuesta y no necesariamente por su prudencia. Así pues, éste es el soporte psíquico del acoso moral: la agresión y la dominación.

De tal suerte, el acoso moral debe ser abordado desde una óptica que sancione a la mundialización como una estrategia económica que facilita y permite las relaciones asimétricas entre naciones, y cuya consecuencia indiscutible es la instauración de la dominación como un esquema relacional implícito y “aceptado” por y en las organizaciones. En conclusión, el binomio estrategia económica - asimilación organizacional no es un escenario muy propicio para la generación de prácticas sociolaborales que tengan a buen recaudo la integridad mental de los trabajadores.

Prosigamos ahora a exponer sucintamente cómo se emplaza el proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas.

Es importante destacar que, por su naturaleza relacional, el acoso moral es indiscutiblemente un proceso de desgaste psicosocial. Además, como lo expusimos líneas arriba, el contexto que facilita el acoso en el trabajo es aquel donde permean las relaciones de dominación; escenario donde se verifica el vínculo infalible para el emplazamiento de esta calamidad moral: el vínculo agresión – poder.

Pero, ¿cómo se instala dicho proceso? Veamos dos explicaciones distintas, una centrada en la percepción individual y otra en la alienación social.

Valette (2001), retoma la postura de Leymann quien señala que los prolegómenos del acoso son más bien conflictos cotidianos que generalmente son resueltos por las partes involucradas. De no ser así, y generalmente después de seis meses de lucha sin fortuna, la instalación del acoso se da con la ruptura del equilibrio psíquico de la víctima.

Según Leymann, esto se expresa de manera muy similar a las reacciones del tipo postraumáticas que se caracterizan por: fijación del trauma, intrusiones, re-exposición compulsiva al trauma, evitación y embotamiento, incapacidad de modular el grado de alerta, capacidad de procesar información y cambios permanentes en la personalidad.

Después de esto, Leymann señala que la hostilidad sentida por la víctima es tal, que le surge un sentimiento de negación del derecho al trabajo. Es a partir de aquí que el acosado intenta resistirse a acudir a trabajar y, de asistir, se torna cada vez más incompetente en su ejercicio. Situación inmejorable para justificar su cese o despido laboral.

Para Dejours (Citado por Valette *op. cit* pág. 5) el proceso del acoso es consecuencia de la alienación social y consta de las siguientes fases:

1. Es consecutivo a una posición de inconformidad de un individuo que, al vencer su miedo, entra en rebelión contra la dominación simbólica que realiza la administración

2. Se comete una injusticia contra el sujeto en rebelión, más a pesar de ello no recibe ninguna muestra de solidaridad de sus compañeros de trabajo
3. El movimiento de indignación y rebelión naciente con el sujeto, en vez de crear en los otros la emoción colectiva y solidaria, aísla todavía más al sujeto.
4. La pasividad, la indiferencia y la inercia de los compañeros, con relación a la dominación y sumisión simbólica, exasperan todavía más al sujeto.

Es a partir de entonces que empieza a manifestar comportamientos extraños. Así, el sujeto, solo y estigmatizado, sostiene una relación crítica con la realidad del trabajo. Relación muchas veces justificable. A fin de cuentas, este distanciamiento se convierte en el principal atentado contra su identidad

Como podemos observar, el proceso del acoso moral es mucho más complicado que un simple problema de interrelación, tiene un vínculo indisoluble con las formas de gestión organizacional y se caracteriza por la dominación y sumisión de una de las partes en conflicto.

Veamos ahora cuáles con las repercusiones que el acoso moral genera en la salud mental de quienes lo sufren.

Según los datos reportados por la Fédération Générale du Travail de Belgique (2002) una de las principales repercusiones que el acoso moral genera en la integridad mental de la víctima provienen de sus efectos acumulativos. Pues mientras el acosador está en viabilidad de planear y decidir cuándo llevar a cabo un nuevo embate contra la

víctima, ésta tendrá que mantenerse hipervigilante ante tal posibilidad. Así, mantener el estado de alerta necesario para repeler o esquivar cualquier agresión se convierte en una pesada carga, necesaria, durante mínimo 8 horas por jornada.

Al cabo de unos días, la víctima se puede quejar de dolor de cabeza, malestares estomacales o intestinales, temblores, transpiración profusa, taquicardia y tensión e insomnio. Conforme la situación de acoso se mantenga, alrededor de 6 meses según los expertos, la mayor parte de las víctimas sufren del síndrome de estrés postraumático.

Si la delación del acoso no se concreta, Leymann (*op. cit.*) afirma que, después de 18 meses de estar sometido al psicoterror laboral, la víctima desarrolla el *desorden general de angustia* caracterizado por:

- Afectaciones de tipo muscular como: temblores, dolor muscular, inquietud y fatiga.
- Hiperactividad del sistema nervioso autónomo expresada en: necesidad de aire, palpitaciones del corazón, pulso rápido, sudoración en las manos, sequedad en la boca, vértigo o desvanecimiento, malestares gastrointestinales, cambios súbitos en la temperatura corporal, gran necesidad de orinar y el sentir un nudo en la garganta.
- Hipervigilancia e hipersensibilidad: sentirse alterado, hiperactividad ante estímulos externos, dificultad para concentrarse, dificultades para conciliar y mantener el sueño e irritabilidad.

Para Hirigoyen (Valette *op. cit ídem* pág. 4), las víctimas de acoso moral sufren una descomposición en tres aspectos:

- Psicosomático

Lo que no se puede expresar verbalmente se manifiesta a través del cuerpo. Estos problemas no resultan solamente de la agresión, sino, sobretodo, de la incapacidad de hacerles frente, pues los afectados piensan que estarían equivocados al intentarlo, ya que se asumen como culpables de lo que les sucede.

- Estados depresivos mayores que pueden llevar al suicido.
- Formas de comportamiento caracterizadas por pasajes de ira en los sujetos más impulsivos. Estas respuestas son tentativas vanas del acosado por hacerse entender. Ya sea por una expresión pública de una crisis de nervios, o bien por un acto agresivo dirigido a hacia su victimario.

Por otra parte, Piñuel (2001) señala que, además de estrés postraumático los efectos psicológicos en las víctimas de acoso son:

- El estrés por coacción continuada
- El síndrome de fatiga crónica

El estrés por coacción continuada, según Piñuel, (2001) “recoge buena parte de las características que el *DSM IV* atribuye al síndrome de estrés postraumático” y son:

- Exposición a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazadora.

- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

Una de las dos:

- Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del período de exposición al agente estresante
- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:
  - Dificultad para conciliar el sueño
  - Irritabilidad
  - Dificultad de concentración
  - Facilidad para distraerse
  - Sobresaltos y aprensión exagerados
- Los criterios B, C y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante

Respecto al síndrome de fatiga crónica, Piñuel (2001) destaca su presencia durante 6 meses o más, la exclusión de otras causas físicas o psíquicas, cansancio que no desaparece con el descanso y la presencia al menos de cuatro de los siguientes síntomas: pérdida de memoria, dolores musculares, dolores en las articulaciones, inflamación de la garganta, inflamación de los nódulos linfáticos en nuca y axilas, cefaleas y malestar y agotamiento más de un día después de un esfuerzo.

Antes de concluir con este apartado, es importante mencionar que la última y más cruenta repercusión que el acoso moral en el trabajo puede ocasionar es el suicidio. Ya desde los estudios que realizó Leymann consideró que uno de cada cinco suicidios en Suecia tenía como causa al acoso moral en el trabajo.

En, fin. El tema del acoso moral es bastante complejo lo que implica la imperiosa necesidad de abordarlo de manera ordenada y sistemática.

Por otra parte, también es importante apelar a nuestra capacidad creativa para que, una vez que contemos con evidencias obtenidas a través de estudios serios y metodológicamente bien inducidos, logremos generar, a pesar de los exiguos recursos económicos disponibles, estrategias que atenúen y prevengan el acoso moral en el trabajo.

Ello no sólo nos permitirá escudriñar buenas prácticas para su control y manejo, sino que nos posibilitaría enmarcar a la violencia psicológica en el trabajo y, específicamente el acoso moral, en una dimensión que se ajuste a cada una de nuestras realidades nacionales.

## **2.1. INTRODUCCIÓN**

La observación y la descripción de los síntomas, evolución y otras características de las enfermedades, nos permite obtener clasificaciones de éstas. La importancia de establecer una clasificación, se debe a la necesidad de ordenar un grupo de enfermedades heterogéneo de modo que esto nos permita un mejor conocimiento del trastorno. El desarrollo de la actividad científica necesita de las clasificaciones para formulación de hipótesis y diseño de experimentos, además, estas clasificaciones requieren también ser confirmadas o no desde un punto de vista científico.

La obtención de una clasificación aceptada por todos es difícil, pero en el caso de los trastornos afectivos y dentro de ellos los trastornos bipolares ha sido, si cabe, más controvertido. Por ello, a pesar de las múltiples propuestas que se han realizado, todavía no se ha llegado a un consenso y las clasificaciones existentes en la actualidad están en continuo cambio.

### **2.1.1. Historia y contexto**

El DSM, en su primera versión (DSM-I) al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo, tanto en qué contenidos debería incluir y en el método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron:

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación a los trastornos mentales, para el censo de 1840 en Estados Unidos
- La American Psychiatric Association y con la New York Academy of Medicine trabajando en conjunto en la elaboración de una nomenclatura aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).
- El ejército de Estados Unidos, por su parte, confeccionó en paralelo una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la Segunda guerra mundial.
- El CIE, en su 6ª edición, por primera vez incluyó un apartado sobre trastornos mentales

Fue así como en 1952 surge la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6. Debido a la inconformidad del público con estos desarrollos (tanto del DSM como del CIE), se fueron generando nuevas versiones de cada uno. Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión CIE-10.

Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual. Cada grupo estuvo constituido de 5 o más miembros, y cuyas opiniones analizaban entre 50 y 100 consejeros (representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias). Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular).

Un aspecto importante en la realización de esta versión, fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer lo más compatibles posibles ambos instrumentos

## **2.2. DSM-IV**

El DSM-IV, es la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la American Psychiatric Association. Se trata de una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

Es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer lineamientos de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribir a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios

### **2.2.1. Diagnóstico a través del DSM-IV**

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

- Eje I: Donde se describe el o los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.)
- Eje II: Donde se especifica si hay algún trastorno de personalidad a la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (Por ejemplo: trastorno de personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.)
- Eje III: Donde se especifican afecciones médicas que presente el paciente (si es que existen).
- Eje IV: Donde se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.)
- Eje V: Donde se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la Escala de funcionamiento global (EEAG)

### **2.2.2. Inconvenientes.**

Aunque es el sistema de diagnóstico más utilizado y asumido por los profesionales de la psicología clínica y los de la psiquiatría, no demos obviar que también ha recibido críticas. Algunos autores han

criticado el DSM-IV con los siguientes argumentos: “el DSM-III representa una atrevida serie de elecciones basadas en suposiciones, preferencias, prejuicios y esperanzas. Algunas de estas elecciones son indudablemente correctas, *pero pocas están basadas en el hecho o en la verdad...* Sinceramente espero que los autores del DSM-IV rectifiquen los errores del DSM-III. El DSM-III es estrecho de miras: ignora otras culturas y otras épocas históricas e ignora cualquier enseñanza que no vaya amparada por la tecnología americana” (Vaillant, 1984).

- es reduccionista;
- no enfatiza la distinción entre estado y rasgo;
- es adinámico y
- sacrifica la validez diagnóstica por la fiabilidad diagnóstica.

Hay una notable discrepancia entre los mismos psiquiatras sobre si la evolución del DSM ha seguido siempre unos criterios estrictamente científicos y también, sobre si muchos de los parámetros de diagnóstico que propone se pueden considerar validados científicamente.

### **2.3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**

La CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades), es fruto del consenso al que llega la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se trata de una clasificación numérica de términos que presentan una estructura estática y cuyas relaciones se establecen manualmente por expertos.

Su objetivo era convertirse en la clasificación nuclear de las distintas familias de enfermedades y otras circunstancias relacionadas con la sanidad y, para ello, hace uso de hasta cinco o seis caracteres (001-999).

La CIE-9 no incluye, sin embargo, la clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la Clasificación de Procedimientos en Medicina y la Clasificación de los Motivos de Contacto de Enfermos con Personal Sanitario.

Así, para complementar esta clasificación, surge la CIE-10 que se centra específicamente en los trastornos mentales e introduce códigos alfanuméricos de una letra seguida de dos números (A00-Z99), con lo que consigue aumentar las categorías disponibles.

### **2.3.1. Inconvenientes.**

Desde nuestro punto de vista, los problemas más relevantes de este tipo de clasificaciones incluyen los siguientes: la carencia de rigor conceptual en su estructura clasificatoria; como menciona White (1984) la CIE se basa en las necesidades de aquellos profesionales que trabajan con las enfermedades en su etapa final. Es cierto que no resulta útil para su aplicación en asistencia primaria ya que una gran proporción de esa demanda no puede ser descrita en términos de enfermedad, tal como expresa Avilán (1989).

## **2.4. CLASIFICACIÓN.**

En la presente investigación estas clasificaciones diagnósticas nos permitirán comprobar si los casos clínicos en los que se cumplen los requisitos para ser considerados como afectados por “mobbing”, y atendiendo a los signos y síntomas manifestados, encajan en los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10, comparando también las coincidencias o divergencias halladas entre ambos.

## **2.5. RESOLUCIONES JUDICIALES.**

En algunas sentencias encontramos reflejado el cuadro clínico de la parte denunciante y la resolución judicial respecto al mismo.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra TSJN de 30 de abril de 2001 relativa a la consideración como accidente de trabajo del síndrome psíquico padecido por un trabajador a consecuencia del entorno laboral hostil creado por otro trabajador.

Sentencia nº 204, de 10 de mayo de 2002, del Juzgado de lo Social número 4 de Jaén: Declaración de Contingencias por Accidente de Trabajo derivado de “Mobbing”

El Tribunal Superior de Justicia de Catalunya TSJC (2003), ratificó la primera condena en España por mobbing. La trabajadora estaba afectada por «un sufrimiento psíquico extremo», que le condujo a pedir una excedencia voluntaria para poder dejar el lugar de trabajo después de sufrir varias depresiones.

Sentencia nº 9283/2004 del TSJC, en la que el diagnóstico psiquiátrico expone que el trastorno de tipo ansioso depresivo que sufre la demandante está relacionado con su trabajo, en concreto con un entorno psicosocial adverso que se ha relacionado ampliamente con diversos trastornos de salud entre ellos trastorno de salud mental.

El psiquiatra diagnosticó desde un primer momento una "reacción mixta ansioso-depresiva prolongada (F4321CIE10)", instaurándose tratamiento con ansiolíticos, antidepresivos y psicoterapia de apoyo por tiempo indefinido. Presenta molestias físicas desde hace largo tiempo en relación con el puesto de trabajo, padeciendo mareo, inestabilidad, tensión interna, algias erráticas musculares, astenia, decaimiento, insomnio de conciliación, nervios y vacío gástrico que combate con un aumento de la ingesta alimentaria, palpitaciones, etc., cuadro que desde hace 6-7 meses se ha visto acrecentado con despeños diarreicos de clara etiología psicógena, atribuyendo la paciente este cuadro a importante conflicto en el medio laboral.

Este especialista estima también que la evolución puede considerarse positiva sin llegar al "restitutio ad integrum", considerando que se está ante un supuesto de acoso en el trabajo o "mobbing", que como tal no se recoge como enfermedad específica ni física ni psíquica al día de hoy en los distintos tratados, estimando también que en la medida en que se solventen las diligencias judiciales en las que se halla inmersa la demandante mejorará el cuadro así como el retomar las actividades sociolaborales previas al trauma. No consta que la actora con anterioridad hubiese presentado episodios de incapacidad temporal por ansiedad, depresión u otra causa similar.

El psiquiatra que atiende a la actora es tajante al afirmar que se trata de un supuesto de "mobbing" que ha motivado una reacción mixta ansiedad-depresión, concepto este que no está catalogado en España ni como enfermedad profesional ni como enfermedad común pero que ha comenzado a manejarse, y que se define como una forma de acoso en el trabajo por la que un individuo o un grupo de individuos se comportan abusivamente con palabras, gestos u otro modo que atenta contra uno o varios empleados con la subsiguiente degradación del clima laboral, que exige una prolongación y manifestación a lo largo de un periodo importante de tiempo, como mínimo de seis meses y que provoca reacciones como la que ahora presenta la demandante.

Una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía TSJA (2004) ha señalado que la baja por trastorno adaptativo con reacción mixta de ansiedad y depresión en el trabajo es "mobbing" y no incapacidad transitoria por enfermedad común. Un matiz muy importante de que la baja sea considerada como una contingencia profesional es que el beneficio económico que se obtiene es mayor que si no lo fuese.

Según el Diario de Navarra (2005) el TSJN dice que la enfermedad derivada de un conflicto laboral constituye un accidente de trabajo. El TSJN ha confirmado una sentencia en la que concluye que la enfermedad sufrida por un trabajador estaba derivada del conflicto laboral que mantenía con la empresa, circunstancia que la configura como un accidente de trabajo y no como una dolencia común. Presentaba un proceso de incapacidad temporal, debido a un "trastorno adaptativo con reacción depresiva mixta, con conflicto laboral de larga duración".

Según el Diario Deia.com (2006) el INSS ha ratificado la baja como accidente laboral de una trabajadora de 60 años que sufrió depresión por mobbing rechazando los argumentos y la reclamación de la mutua de su empresa.

El Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (2006) dictó una resolución judicial en la que considera probado que la empleada (denunciante) sufría desde 2002 un cuadro ansioso-depresivo que fue calificado por su Centro de Salud como "fobia laboral", lo que le provocaba insomnio, inestabilidad, irritabilidad y somatizaciones, concretando un "sentimiento de acoso moral y psicológico", que, según los médicos, podrían derivar de un caso de "acoso moral en el trabajo".

### **3.1. INTRODUCCIÓN.**

Atendiendo a su denominación genérica, acoso moral - o psicológico- en el trabajo, -conocido con el anglicismo “mobbing”-, y desde su perspectiva jurídica, hay que decir que en Julio de 2006 se aprobó la reforma del Código Penal, contemplando en su Eje temático 3, titulado: Respuesta penal eficaz ante la nueva delincuencia (hackers, mobbing, etc.) un apartado denominado “Delitos contra derechos trabajadores” en el que se detalla la tipificación del acoso moral (mobbing), como delito, con una pena de prisión entre 6 meses y 2 años.

El 12 de Mayo de 2006, la Direcció General de Relacions Laborals del Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya publica su Criterio Técnico sobre el Mobbing donde se indica:

“... no existe impedimento legal para atender las denuncias de acoso moral presentadas ante la ITSS por funcionarios de cualquier ámbito de la Administración ya sea General del Estado, Autonómica o Local. En estos casos, si se constata la existencia de infracción en materia de prevención de riesgos laborales, resultará procedente efectuar requerimiento a la Administración Pública correspondiente conforme al procedimiento establecido en el artículo 45 de la Ley de PRL”.

### **3.2. ANTECEDENTES.**

Hasta ese momento no existía en nuestra legislación una regulación jurídica directa, pero sí analógica e interpretativa

protectora de la salud psíquica de la persona y de su inherente dignidad, que no es otra cosa contra lo que se atenta cuando hablamos de acoso moral.

Ahora bien, si entramos de lleno en el ámbito laboral, la palabra riesgo tiene que adquirir una dimensión especializada, más si éste es de carácter psicosocial. Hablar de acoso moral en el trabajo, es hablar de riesgo psicosocial, como una parte integrante de los riesgos, en su sentido amplio.

A nadie escapa que su identificación plantea una problemática añadida, ya que además de considerarse riesgo laboral, también entra en el campo anímico no visible; de ahí la problemática de su detección, evaluación y posterior erradicación, derivando hacia una problemática de difícil calificación jurídica.

### **3.3. CONCEPTO JURÍDICO DE ACOSO MORAL.**

Intentar realizar una delimitación jurídica del término que, ante su ausencia, habrá que integrar estudiando nuestro sistema legal, ya que serán varias las opciones que podremos encontrar para defendernos jurídicamente del fenómeno.

Como refiere Lorenzo de Membiela (2003), concurren diversos textos normativos de distinta naturaleza, sin olvidar nuestra Constitución (CE), que dan cabida a este fenómeno desde diversas perspectivas. No obstante, ante este vacío legal, hay autores que propugnan la aplicación analógica de las normas dictadas para prevenir el acoso sexual.

Según Fuertes (2003), es necesario centrarse, desde el punto de vista judicial, en que en el proceso de acoso se están negando derechos civiles irrenunciables a la víctima. En algunas sentencias se refieren a la definición de Leymann, en la que establece una duración mínima de seis meses para considerar las conductas descritas como acoso. Frecuentemente se olvida que es una abstracción estadística útil para hacer inferencias sobre índices poblacionales a través de una muestra, pero no para precisar casos únicos.

Un trabajador puede sufrir realmente acoso institucional, la forma más compleja y severa de mobbing, y no presentar patología, en cuyo caso habría que demostrar lo padecido, de forma verosímil, y plantear al juez la ilegalidad o perjuicio potencial de estas conductas malintencionadas, aunque no hayan dejado secuelas residuales incapacitantes, pareciendo razonable reclamar por ello el daño moral en vía civil.

No puede desconocerse la necesidad de prueba suficiente -y que esta tenga la seguridad jurídica precisa, agravada en el ámbito disciplinario- para evitar que figuras necesarias para la protección del trabajador (como el acoso laboral), sirvan como armas arrojadizas para satisfacer disputas laborales internas. La falta de prueba suficiente del supuesto acoso, sin seguridad jurídica, acabaría permitiendo que el trabajador pudiera preconstituir pruebas de supuestos acosos laborales donde no hay más que un conflicto en los términos de la normalidad. (Cotino, 2004).

*“Ya están creadas las condiciones básicas necesarias para comprender en términos jurídicamente significativos esta forma de resolución violenta de conflictos laborales, sea en el ámbito*

*preventivo (deber de protección eficaz de la salud integral del trabajador ex art. 14 y 15 LPRL), sea en el ámbito reparador (deber de resarcimiento de cualquier daño a la integridad y a la salud del trabajador ex art.4.2 e) LET; arts. 180 y 181 LPL en relación al art.53 C.E.; art.7.2 C.c. en relación al art.20.3 LET), incluso en el ámbito punitivo (tipificación como ilícito administrativo y penal ex arts.8.11 TRLISOS; arts.311 y 316 LPL).” (Molina 2003)*

Sobre el concepto Jurídico de acoso moral, también existen diferentes Directivas Comunitarias que permiten definir esta conducta y clarificar el concepto de acoso desde una perspectiva jurídica.

Por otra parte y tal como refieren Blanco y López (2003) existen dificultades para aunar conceptos desde la Psicología y la Psiquiatría con las doctrinas jurídicas y jurisprudenciales, sobre todo en lo que hace referencia a determinar los daños y exigir la debida responsabilidad, ya que además suele ser habitual la confusión entre lesión y daño.

La carencia de métodos y normas profesionales para realizar muchos tipos de pruebas periciales, que quizá se confíen demasiado a una experiencia del perito que resulta siempre muy difícil de evaluar, explica que la peritación judicial en España sea una indeterminación procesal (Gallardo, 2000).

Como señala Barón (2001), el mobbing provoca o reactiva en el individuo determinados síndromes psicopatológicos (trastornos obsesivos, bipolar, depresión, ansiedad, etc.). Cuando la persona se encuentra sin fuerzas para enfrentar el problema se ve afectada además por su deteriorado estado de salud que a la par va acompañado

por el deterioro en el plano social donde se pueden presentar conflictos familiares, etc. y todo ello además con un bajo rendimiento profesional que puede ir de la mano con una cierta propensión a conductas adictivas y/o distractorias. En este caso como dice Barón “la recurrencia a una incapacidad laboral transitoria es casi inevitable”.

Veamos a continuación algunas de las sentencias dictadas en los últimos años:

El Juzgado de lo Social nº 1 de Pamplona en su Sentencia nº 00058/2001, autos 645/2000, declara que el proceso de Incapacidad temporal iniciado por la demandante el 31 de agosto de 2000 por “mobbing”, deriva de accidente de trabajo.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra TSJN de fecha 30 de abril del 2001 relativa a la presunción en favor de la calificación como contingencia profesional del “mobbing” cuando se manifiesta en lugar y tiempo de trabajo, dice que la enfermedad derivada de un conflicto laboral constituye un accidente de trabajo.

La primera condena en España por “mobbing” fue ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de Catalunya TSJC. El fallo, dictado en septiembre del 2003 por el Juzgado de lo Social número 2 de Girona, condenaba a la empresa a pagar una indemnización a una trabajadora que fue sometida «a una presión laboral tendenciosa o mobbing».

El TSJC confirma una sentencia de mobbing, Sentencia nº 9283/2004 en la Sala de lo Social el 28/12/04.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, de 31 de Marzo de 2005, relativa a incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo (“mobbing”).

El Juzgado de lo Social nº 2 de Valencia en Autos nº 815/2004 Sentencia nº 342/2005 de 22 de julio de 2005 condena al demandado por Hostigamiento y acoso en el trabajo con resarcimiento por daños y perjuicios.

La Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (2006) ha reconocido a una trabajadora de Vitoria que el acoso laboral que ha padecido en su puesto de trabajo es una enfermedad laboral, frente al criterio de la Seguridad Social que la consideraba enfermedad común.

El Ayuntamiento de Tres Cantos (PP-TCU) ha sido condenado por "atentar contra la integridad moral y la dignidad de un trabajador así como contra su derecho a la libertad sindical" según informa Madridpress.com (2006).

Muy frecuentemente, cuando se presentan situaciones conflictivas y, especialmente, cuando aparecen denuncias o atribuciones de “mobbing”, una de las principales peticiones es la de solicitar la evaluación de los riesgos del puesto de trabajo afectado, lo que nunca debe ser una evaluación de riesgos es una intrusión del técnico donde éste se ponga a hacer consideraciones propias de jueces, médicos o inspectores de trabajo (Niño, 2006).

#### **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

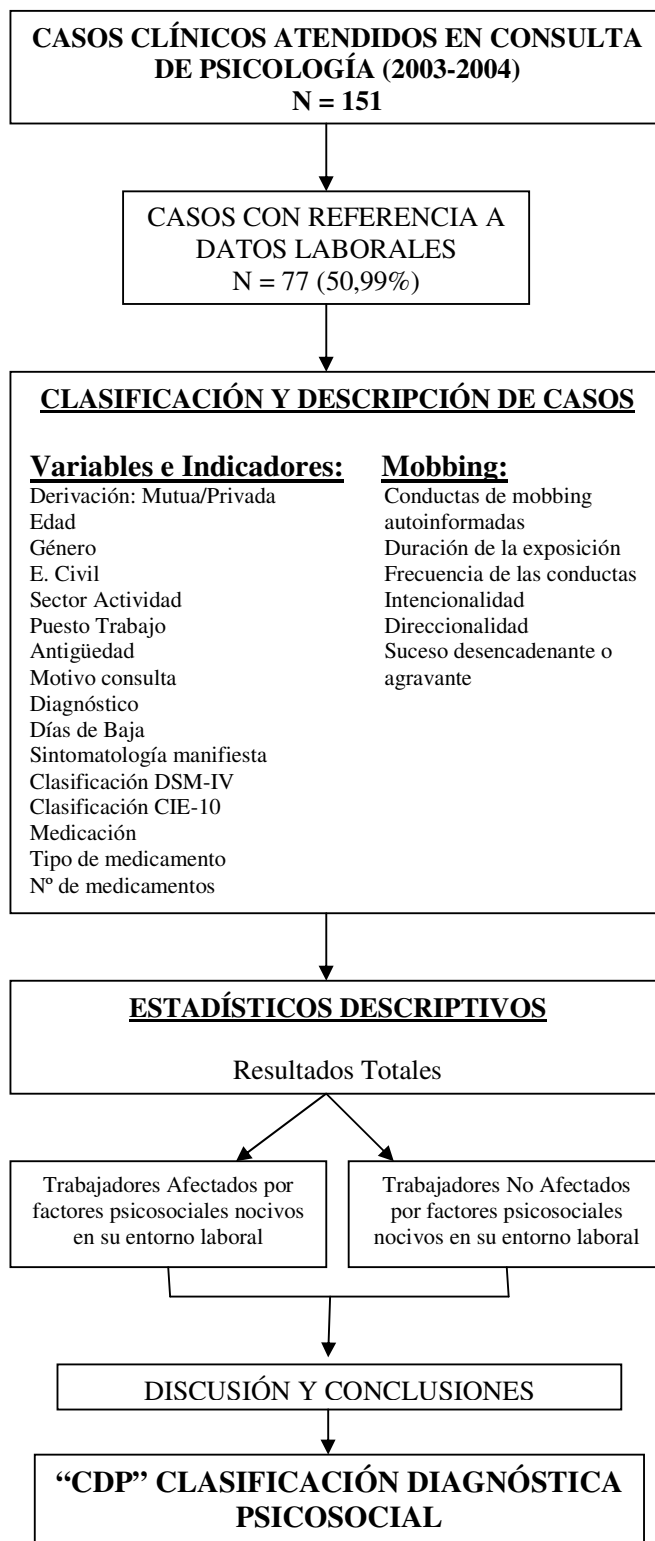


Figura 6.- Organización de la investigación

### **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.

## 5.1. DERIVACIÓN.

El 77,9% (60) de los casos han sido derivados a Psicología Clínica por la Mutua de Accidentes de Trabajo para ser atendidos. El 20,8% (16) de los casos han llegado por otros tipos de derivación o particularmente.

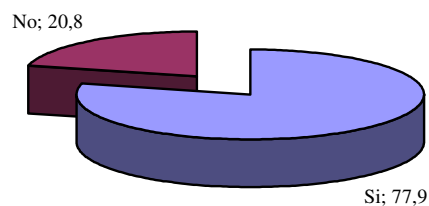


Figura 7. Derivados por Mutuas de Accidente de Trabajo

## 5.2. EDAD.

El 65% de consultas derivadas (49) se encuentran entre los 31 y los 50 años. El 35% (26) de los casos están comprendidos entre los 31-40 años de edad, el 30% (23) entre los 41-50 años, el 21% (16) entre 20-30 años y el 14% (11) entre 51-60.

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

---

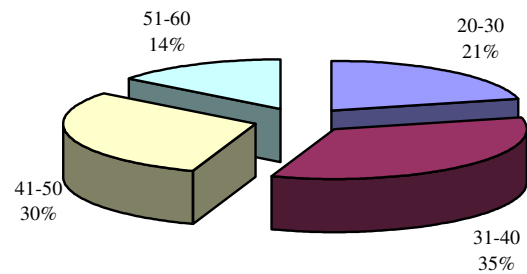


Figura 8. Grupos de Edad

### 5.3. GÉNERO.

De los 77 casos derivados a Consulta Clínica de Psicología el 71% (54) son mujeres y el 29% (22) hombres.

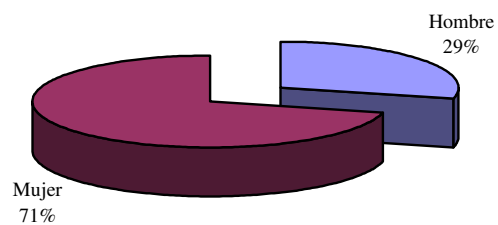


Figura 9. Género

#### 5.4. ESTADO CIVIL.

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.

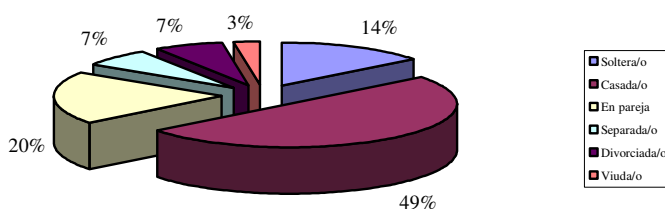


Figura 10. Estado Civil

#### 5.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.

El Sector Servicios muestra un porcentaje más elevado de casos derivados: 37,7%. El 19,5% pertenece a la Industria y el 11,7% a la Administración Pública. El 7,8% a Sanidad/Farmacia, el 6,5% al Comercio, el 5,2% al sector de la Alimentación, el 3,9% no consta, el 2,6% a los Cuerpos de Seguridad y otro 2,6% al sector de la Enseñanza, el 1,3% a la Construcción.

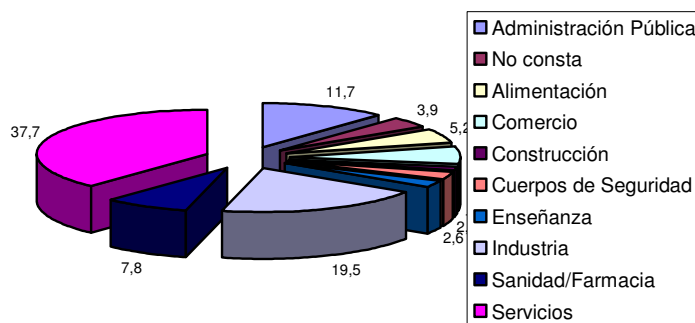


Figura 11. Sector de la Actividad

## 5.6. PUESTO DE TRABAJO.

El puesto de trabajo de Operario representa el 18,2% del total de casos y el 16,9% es de Administrativos, siendo los porcentajes más elevados. Sigue el 9,1% de Vendedor, el 7,8% de Mandos Intermedios y 6,5% de Auxiliares. Con porcentajes más bajos están con el 3,9%: Técnico, Limpieza, Directivo, Educador y Enfermería, seguidos por un 2,6% por Trabajo Social, Cocinero, Camarero, Conductor y Jardinería. Con el 1,3%: Policía Municipal, Autónomo, Peluquero y Pescador.

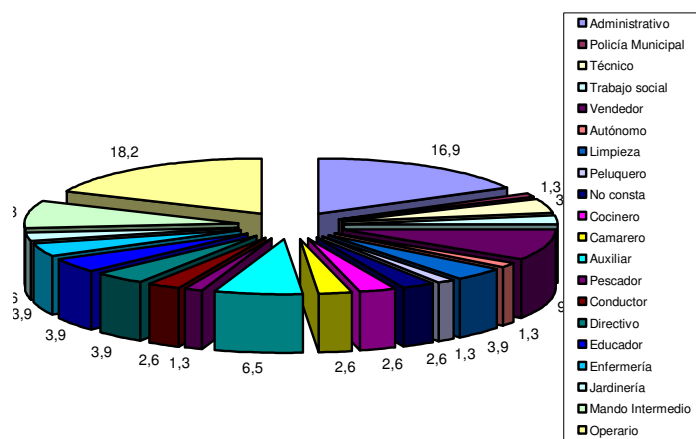


Figura 12. Puesto de Trabajo

## 5.7. ANTIGÜEDAD.

El 98,5% de los casos tiene una antigüedad de menos de 1 año hasta 15 años, siendo el 16,5% de 15 a 40 años. El 31,3% de los casos tiene de 1 a 5 años de antigüedad en la empresa. El 29,9% de 10 a 15 años, el 22,4% hasta 1 año y el 14,9% de 5 a 10 años. El 6% tiene una antigüedad de 20 a 25 años y el 3% de 25 a 30 años, de 30 a 35 años y de 35 a 40 años respectivamente, mientras que el 1,5% presenta una antigüedad de 15 a 20 años.

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

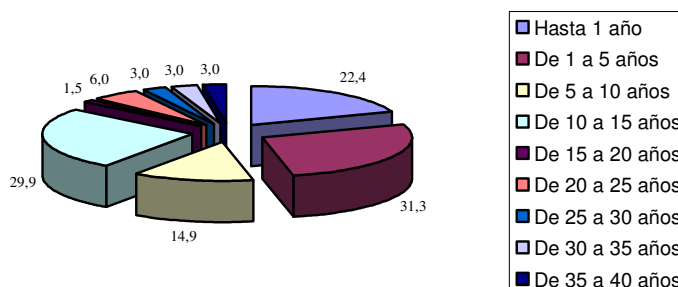


Figura 13. Antigüedad

### 5.8. MOTIVO DE CONSULTA.

La casuística encontrada en la muestra nos 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:

Tabla 3. Motivo de consulta (MC).

Categoría 1: Problemas familiares	
Casada 2 veces. Problemas graves con el último marido. Despido	MC 1
Crisis ansiedad. 2 hermanos con problemas psíquicos. Muerte madre	MC 2
Depresión. Hijo autista e hijo esquizofrénico	MC 3
Depresión. Muerte accidente del hijo hace 4 años	MC 4
Depresión. Suicidio del marido	MC 5
Empresa familiar. Un vecino manipuló el catastro y le quitó tierras	MC 6
Estrés y nervios (padres a su cargo desde hace 11 años tras un accidente)	MC 7
Ahogo. Madre maltratadora. Muerte del suegro	MC 8
Mala relación familiar, problemas económicos	MC 9
Problemas familiares	MC 10
Separación de los padres	MC 11
Separación traumática hace 3 años	MC 12
Categoría 2: Estado depresivo tras accidente	
(En paro) Estado depresivo tras accidente coche	MC 13
Accidente y falta de auxilio por compañeros	MC 14
Crisis ansiedad. Intento violación hace 3 años. Atropello por vehículo dos veces.	MC 15
Estado depresivo. Accidente leve en coche	MC 16
Secuelas de accidente laboral	MC 17

continúa

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

continuación

- **Categoría 3: Problemas de trabajo**

Acoso sexual en el trabajo	MC 18
Acoso sexual y despido del trabajo	MC 19
Cambio inesperado de puesto de trabajo. Contractura. Lesión mano	MC 20
Crisis de ansiedad. Estrés por doble trabajo por ausencia de compañera.	MC 21
Depresión por Mobbing	MC 22
Desde hace 4 años mobbing por uno de los socios	MC 23
Después de operación cambios en el trabajo	MC 24
Enfrentarse a mobbing	MC 25
Le han quitado el trabajo para subir a otra gente	MC 26
Maltrato en el trabajo	MC 27
Problemas con compañera y jefa	MC 28
Problemas con los compañeros de trabajo	MC 29
Problemas en el trabajo	MC 30
Problemas en el trabajo. Infarto. Triple by-pass	MC 31
Situación grave en el trabajo. La cambian de puesto de trabajo.	MC 32

- **Categoría 4: Sintomatología depresiva**

Agobio, apatía	MC 33
Asfixia, falta de aire	MC 34
Astenia primaveral	MC 35
Crisis de angustia	MC 36
Crisis de angustia y ansiedad	MC 37
Crisis de ansiedad	MC 38
Crisis de ansiedad y angustia	MC 39
Depresión	MC 40
Depresión. Cáncer marido. Despido del trabajo	MC 41
Estado ansioso/depresivo	MC 42
Estado ansioso/depresivo tras presenciar accidente de compañero	MC 43
Estado depresivo	MC 44
Estado depresivo tras presenciar muerte por accidente de trabajo de un compañero	MC 45
Estrés	MC 46
Mareos, pérdida de peso, nervios	MC 47
Nervios	MC 48

- **Categoría 5: Sintomatología depresiva con antecedentes previos**

Crisis de ansiedad y angustia, desde hace 19 años	MC 49
Depresión/Antecedentes depresivos: 2 intentos suicidio	MC 50
Depresión/antecedentes hace 3 años	MC 51

- **Categoría 6: Sintomatología depresiva por enfermedad/operación**

Depresión/Hepatitis C/Pareja seropositiva	MC 52
Drogadicto, seropositivo, hepatitis C. Su mujer estaba igual que él y ya falleció	MC 53
Estado depresivo secuelas operación hernia discal	MC 54
Pendiente operación extirpación matriz/ovarios	MC 55

Del 100% de los casos objeto de estudio, un 27,27% (21) especifica como motivo de consulta estar enfrentándose a situaciones de conflicto, mobbing, maltrato y acoso sexual en el trabajo respectivamente.

El 40,26% (31) de los casos expresan como motivo de consulta que presentan sintomatología depresiva. El 27,27% (21) reconoce tener problemas en el trabajo. El 15,58% (12) expresan problemas familiares. El 6,49% (5) estado depresivo tras accidente, el 5,19% (4) sintomatología depresiva por enfermedad/operación y el 3,90% (3) sintomatología depresiva con antecedentes previos.

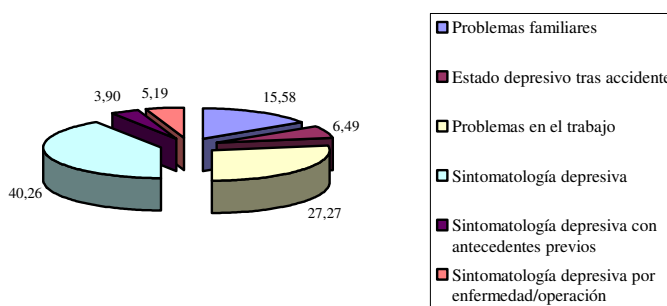


Figura 14. Motivo de consulta

## 5.9. DIAGNÓSTICO.

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:

Tabla 4. Diagnóstico (DG).

Categoría 1: Trastorno depresivo por accidente/enfermedad	
Accidente: Fractura de huesos	DG 1
AT/amputación falange mano derecha	DG 2
Enfermedad común. Secuelas accidente	DG 3
Estrés PT tras accidente	DG 4
Recuperación operación	DG 5
Trastorno depresivo por enfermedad orgánica	DG 6

continua

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

continuación

- **Categoría 2: Trastorno de ansiedad**

Ataques de ansiedad	DG 7
Crisis ansiedad	DG 8
Crisis ansiedad / Abusos sexuales en la infancia	DG 9
Crisis de ansiedad	DG 10
Crisis de llanto	DG 11
Síndrome de ansiedad por motivos laborales	DG 12
Trastorno ansiedad no especificado	DG 13
Trastorno de ansiedad	DG 14

- **Categoría 3: Trastorno depresivo**

Alteración hormonal. Depresión hace 7a.	DG 15
Depresión	DG 16
Depresión neurótica	DG 17
Hace cuatro años Depresión	DG 18
Reacción depresiva leve	DG 19
Síndrome depresivo	DG 20
Síndrome depresivo/Abusos sexuales/Maltrato	DG 21
Trastorno depresivo	DG 22
Trastorno depresivo grave	DG 23
Trastorno depresivo leve	DG 24
Trastorno depresivo moderado	DG 25

- **Categoría 4: Síndrome ansioso-depresivo**

Síndrome ansioso depresivo	DG 26
Síndrome ansioso depresivo	DG 27
Síndrome ansioso depresivo (PT del comportamiento)	DG 28
Trastorno ansiedad-humor depresivo	DG 29

- **Categoría 5: Reacciones adaptativas**

Otras reacc. de adapt.	DG 30
Reac. adap. con caract. emocion. mixtas	DG 31
Reac. adap. con retraimiento	DG 32
Reac. adap. emoc.mixta	DG 33
Reacción adaptativa	DG 34
Trastorno adaptativo mixto comportamiento y emociones	DG 35

- **Categoría 6: Estrés**

Estrés	DG 36
Estrés Laboral/Hernia hiato	DG 37
Estrés. Embarazo de 13 semanas	DG 38
Reacción aguda estrés/perturbación psicomotriz	DG 39
Reacción aguda al estrés y fobia social	DG 40
Reacción depresiva leve/Burn-out	DG 41
Trastorno por estrés postraumático	DG 42

- **Categoría 7: Histéria**

Episodios pérdida control	DG 43
Histeria no especificada	DG 44
Histeria, trastorno de conversión	DG45

- **Categoría 8: Contingencia común**

Contingencia común	DG 46
--------------------	-------

El 13% de los casos derivados llegan diagnosticados como Síndrome Ansioso-Depresivo. El 10,4% como Depresión, 6,5% como

Reacción depresiva leve y Trastorno depresivo leve respectivamente. El 2,6% Depresión Neurótica, Histeria no especificada, Reacción adaptativa, Síndrome depresivo y Trastorno ansiedad-Humor depresivo, respectivamente.

Siguiendo nuestra clasificación el diagnóstico por trastornos depresivos lo presentan el 36,4% de los casos. El 18,2% es diagnosticado como Síndrome ansioso-depresivo. El 10,4% como trastorno de ansiedad y Reacciones adaptativas, respectivamente. El 9,1% tiene un diagnóstico de Estrés. El 7,8% se diagnostica como Trastorno depresivo por accidente/enfermedad. El 5,2% como Histeria y el 1,3% como Contingencia Común.

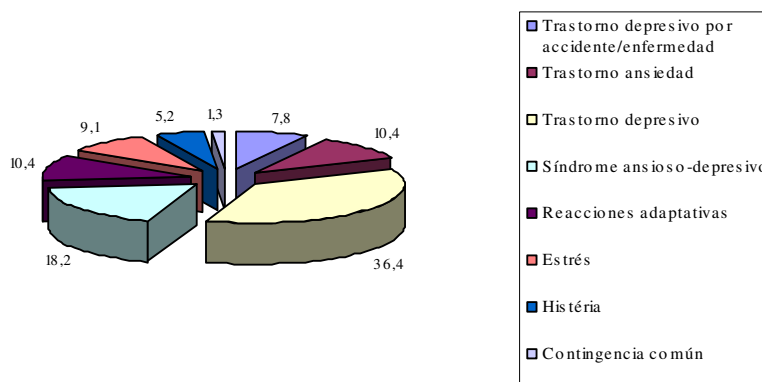


Figura 15. Diagnóstico Médico y/o Psiquiátrico

## 5.10. DÍAS DE BAJA.

El 27,6% presentan de 20 a 40 días de baja laboral. El 23,4% más de 100 días de baja. El 15,8% de 1 a 20 días de baja. El 14,3% de 60 a 100 días. El 13,2% de 40 a 60 días. El 5,3% no presenta ningún día de baja laboral.

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

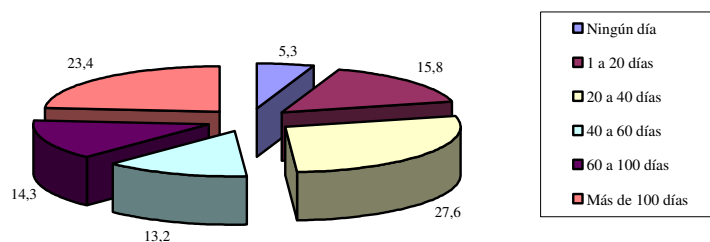


Figura 16. Días de Baja

El promedio de días de baja es más elevado en los hombres que en las mujeres. Mientras para éstas es de 79,37 días de baja para los hombres es de 98,91 días de baja.

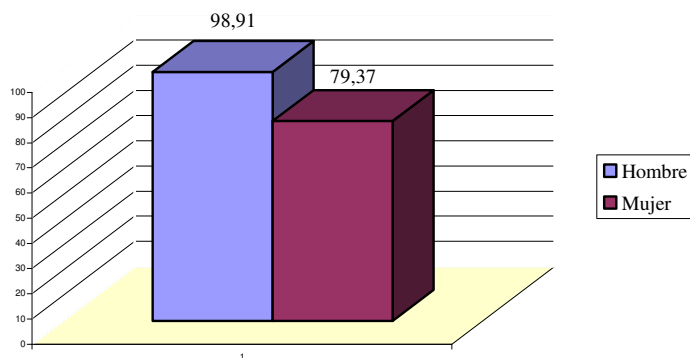


Figura 17. Días de baja/Género

## 5.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.

Los síntomas psíquicos tienen mayor ocurrencia que los síntomas orgánicos. De éstos últimos los que se presentan con mayor frecuencia son Trastornos del sueño y Dificultades Respiratorias.

Más del 90% de los casos presenta Bajo estado de ánimo, ansiedad, angustia, labilidad emocional e Inseguridad/Baja autoestima.

**Tabla 5. Síntomas Psíquicos.**

Sintomatología manifiesta	Porcentaje válido SI
Bajo estado de ánimo	97,4
Ansiedad	96,1
Angustia	94,8
Labilidad emocional	94,8
Inseguridad/Baja autoestima	90,9
Apatía	87,0
Desmotivación	85,7
Miedo	83,1
Soledad/Aislamiento	83,1
Fallos de Atención/Memoria	79,2
Desconfianza	72,7
Irritabilidad	54,5
Culpabilidad	40,3
Pérdidas de control	40,3

Los porcentajes más elevados en la sintomatología física se encuentran en Trastornos del sueño con un 80,5% y las Dificultades Respiratorias con un 68,8%.

**Tabla 6. Síntomas Físicos**

Sintomatología manifiesta	Porcentaje válido SI
Trastornos del sueño	80,5
Dificultades respiratorias	68,8
Dolores musculares y articulares	39,0
Dolor de Espalda	32,5
Vértigos	26,0
Trastornos digestivos	23,4
Taquicardias	22,1
Arritmias	14,3

## 5.12. DSM IV

Más del 90% de los casos presentan Factores psicológicos que afectan al estado físico y Trastornos depresivos.

**Tabla 7. Resultados DSM-IV (Del 50 al 100% de los casos)**

DSM IV	Porcentaje válido SI
Factores psicológicos que afectan al estado físico	96,1
Trastornos depresivos	92,2
Trastornos de angustia sin agorafobia	87,0
Trastorno de ansiedad generalizada	85,7
Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral	59,7

Más del 40% de casos presentan Trastorno por estrés agudo, Trastorno adaptativo con ansiedad y estado de ánimo depresivo y Problemas de relación no especificado.

**Tabla 8. Resultados DSM-IV (Del 30 al 50% de los casos).**

DSM IV	Porcentaje válido SI
Trastorno por estrés agudo	49,4
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	44,2
Problemas de relación no especificado	40,3
Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento	35,1
Trastornos primarios del sueño: Disomnias	32,5

Más del 20% de los casos presenta Trastorno del control de los impulsos no especificado.

**Tabla 9. Resultados DSM-IV (Del 10 al 30% de los casos).**

DSM IV	Porcentaje válido SI
Trastorno del control de los impulsos no especificado	20,8
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	16,9
Trastorno explosivo intermitente	16,9
Trastorno por estrés post-traumático	16,9
Trastorno del estado de ánimo no especificado	14,3
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	13,0
Trastornos primarios del sueño: Parasomnias	13,0
Trastorno obsesivo-compulsivo	11,7

### 5.13. CIE 10

Más del 80% de los casos presenta Trastornos de ansiedad generalizada y Trastornos mixtos de ansiedad y depresión. Más del 40% refiere Episodio depresivo moderado, leve y reacción al estrés agudo, mientras que prácticamente un 30% presenta Trastorno de adaptación.

**Tabla 10. Resultados CIE-10**

CIE10	Porcentaje válido SI
Trastornos de ansiedad generalizada	84,4
Trastornos mixto de ansiedad y depresión	83,1
Episodio depresivo moderado	44,2
Episodio depresivo leve	41,6
Reacción al estrés agudo	40,3
Trastorno de adaptación	29,9
Trastorno de estrés post-traumático	18,2

### 5.14. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS.

Más del 30% de los casos manifiesta recibir conductas que Desestabilizan emocionalmente a la persona y Ejercen una presión indebida sobre ella.

Más del 25% de los casos manifiesta recibir conductas que Modifican las condiciones de trabajo sin comunicárselo, Menosprecio profesional y Negarle sus derechos.

Más del 20% de los casos reciben Críticas, Menosprecio y Humillaciones personales y/o profesionales, así como Conductas agresivas y Refuerzos negativos.

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

**Tabla 11. Conductas de Mobbing (Del 20 al 40% de los casos).**

CONDUCTAS DE MOBBING	Porcentaje válido SI
Desestabilizar emocionalmente a la persona	39,0
Ejercer una presión indebida sobre la persona	32,5
Modificar las condiciones de trabajo sin comunicárselo	29,9
Menospreciarle profesionalmente	27,3
Negar sus derechos	26,0
Críticas persistentes e injustificadas a su trabajo	24,7
Sobrecarga de trabajo	24,7
Acusaciones infundadas	23,4
Ignorar, hacerle el vacío, fingir no verle	22,1
Menospreciarle personalmente	22,1
Perjudicar monetariamente sin causa justificada	22,1
Humillaciones y desprecios en privado	20,8
Avasallar a la persona	20,8
Gritos en público y/o en privado	20,8

Más del 19% de los casos manifiesta que se las excluye de reuniones, reciben intrusiones en su trabajo, se le amplían y dramatizan pequeños errores y reciben humillaciones y desprecios ante otras personas.

**Tabla 12. Conductas de Mobbing (Del 10 al 20% de los casos).**

CONDUCTAS DE MOBBING	Porcentaje válido SI
Excluirle de reuniones	19,5
Intrusiones en su trabajo	19,5
Ampliar y dramatizar pequeños errores	19,5
Humillaciones y desprecios ante otras personas	19,5
Negar el diálogo	18,2
Amenazas en privado en el lugar de trabajo	18,2
Ir a la caza de sus errores	18,2
Interrupciones continuas	16,9
Restringir las posibilidades de comunicarse con su superior	15,6
Desvalorizar su trabajo y sus éxitos atribuyéndoselos a otros	15,6
Difundir murmuraciones, mentiras sobre la persona	15,6
Impedir el acceso a información	13,0
Negar información para la realización de su trabajo	13,0
Interferencia en la vida privada	11,7
Plazos de ejecución imposibles	10,4
Comentarios peyorativos sobre su vida privada	10,4
Comentarios despectivos aludiendo al género	10,4

## 5.15. VARIABLES DE MOBBING.

### 5.15.1. Duración de la exposición.

El 18,4% de los casos que refiere conductas de mobbing han llegado a consulta a partir de estar 12 meses expuestos a las mismas. El 10,5% manifiesta estar expuesto desde hace 24 meses. El 13,2% llega a consulta tras permanecer 48 meses recibiendo dichas conductas.

El 71,1% de los casos ha estado recibiendo conductas de mobbing durante más de 12 meses. El 15,8% de los casos refiere estar recibiendo conductas de mobbing desde hace menos de 6 meses. El 13,1% de los casos refiere estar recibiendo conductas de mobbing durante más de 6 meses.

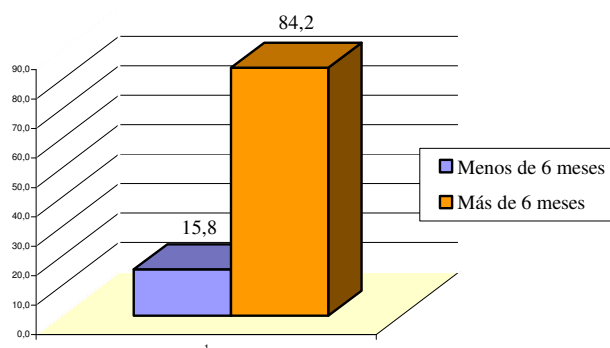


Figura 18.- Duración de la exposición en meses

### 5.15.2. Frecuencia de las conductas.

El 48,1% de los casos manifiesta que las conductas de mobbing expuestas se repiten una o más veces por semana.

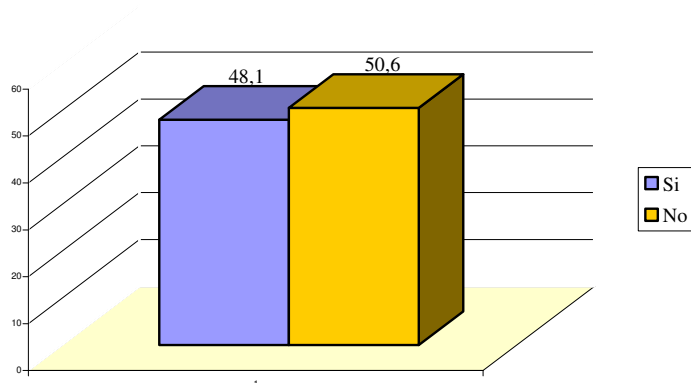


Figura 19. Frecuencia de las conductas: una o más veces por semana.

### 5.15.3. Intencionalidad de las conductas

En el 40,3% de los casos expresa que las conductas de mobbing las están recibiendo ellos más que el resto de sus compañeros, lo que nos indica la intencionalidad de causar daño a la persona en cuestión.

El 9,1% de los casos refiere recibir conductas de mobbing pero igual que el resto de sus compañeros. En este último caso no podemos hablar de mobbing ya que no se da una de las premisas básicas para ser considerado como tal y es la intencionalidad de causar daño a la persona contra la que va dirigido. En este caso podemos decir que se manifiesta una situación de violencia psicológica en el trabajo o de situaciones conflictivas no resueltas.

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

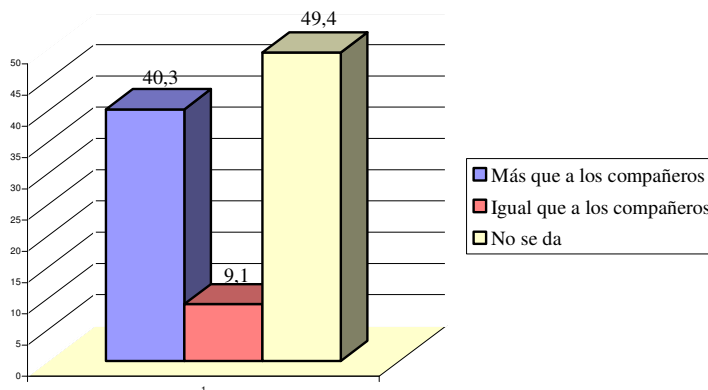


Figura 20. Intencionalidad de la conducta

#### 5.15.4. Direccionalidad de las conductas

En un 29,9% es un Mobbing descendente, es decir proviene de un superior a un subordinado, siendo la diferencia significativa respecto a los otros dos resultados. En el 9,1% se trata de una situación de Mobbing horizontal, las conductas provienen de un compañero. En el 7,8% se trata de un Mobbing descendente y horizontal, se recibe por parte de un superior y compañeros.

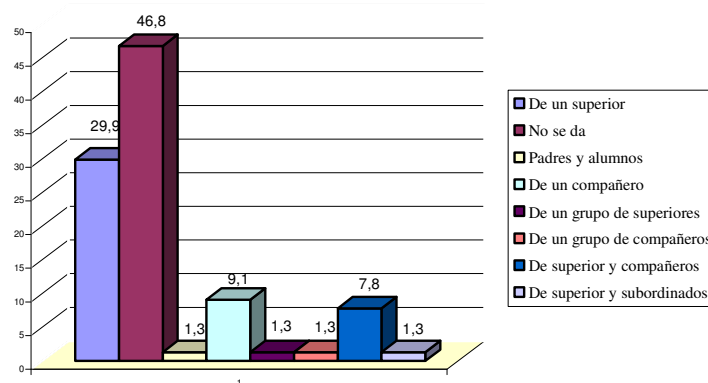


Figura 21. Direccionalidad de la conducta

### 5.15.5. Suceso Desencadenante o agravante de la conducta

El 37,7% de los casos manifiesta que se ha producido un suceso desencadenante siendo éste un cambio en la organización y/o personal.

De los casos en los que se han visto afectados por conductas de mobbing, el 26% refiere que las conductas se han producido tras cambios en la organización. El 11,7% las han padecido tras algún cambio a nivel personal. El 5,2% han sido afectados tras su incorporación a la Empresa por ser objetos de rechazo por la persona o personas que ejercen dichas conductas sobre ella. El 13% alude que no se ha producido ningún cambio relevante o no tienen conciencia del mismo.

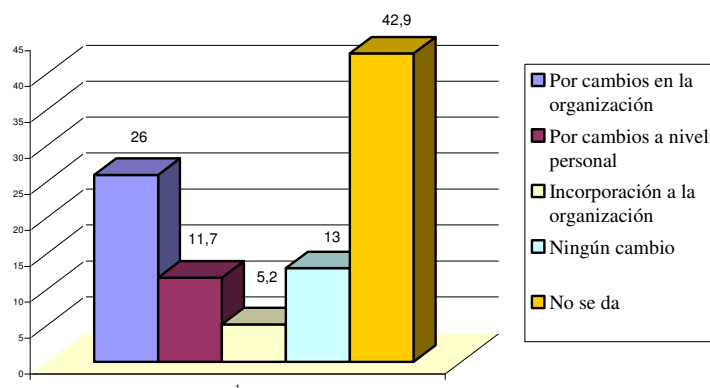


Figura 22. Suceso desencadenante o agravante de la conducta

Vemos que en el 40,3% de los casos concurren las diferentes variables para que puedan considerarse como situaciones de acoso psicológico en el trabajo o mobbing:

- Se refieren 1 o más conductas de mobbing
- Duración y Frecuencia: Con más de seis meses de duración y como mínimo de una o más veces por semana
- Intencionalidad: Más que a los compañeros

El 7,8% no cumple con la variable de intencionalidad, por lo que podemos decir que se trata de situaciones de Violencia psicológica en el trabajo que afectan no solo a la persona sino también al resto de compañeros, pero no serían consideradas “Mobbing” al no cumplirse la premisa de que son conductas con la intención de eliminar a la persona en cuestión.

El 36,1% restante no cumple con la variable de intencionalidad ni de frecuencia, pero sí con las conductas recibidas y la duración de las mismas. En este caso podemos determinar que se están refiriendo a situaciones de conflicto no resuelto en el lugar de trabajo.

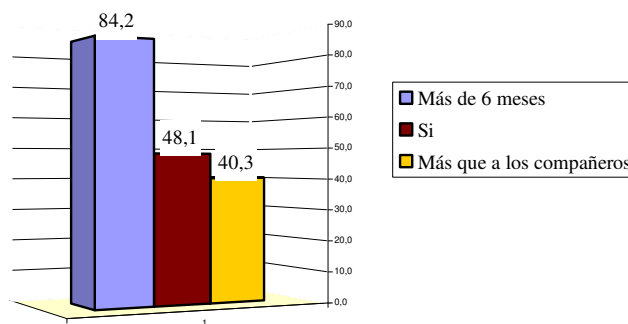


Figura 23. Variables de Mobbing

## 5.16. MEDICACIÓN

Cada día se hace más patente la necesidad de consensuar criterios racionales para la prescripción y uso de fármacos antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, etc.

Gómez y otros (2000, citado en García del Pozo y otros, 2004) detectaron que nos encontramos ante una medicalización de los problemas sociales en función del entorno

Las autoridades sanitarias de Gran Bretaña aconsejaron a los médicos no prescribir estos medicamentos al 70% de los pacientes, sin antes recurrir a terapias cognitivas o a ejercicios de autoayuda. (García del Pozo y otros, 2004)

Los resultados del programa CHOICE de la Organización Mundial de la Salud (Chisholm, 2005) nos muestran que el coste adicional relativamente modesto del tratamiento psicosocial complementario permite obtener una ganancia de salud significativa, de forma que la aplicación de la estrategia combinada tiene una rentabilidad económica mayor que la aplicación de la farmacoterapia como tratamiento único.

En los resultados que se expresan a continuación hemos de tener en cuenta que una sola persona puede estar tomando uno o varios medicamentos.

El 57,2% del total de los casos estudiados están tomando antidepresivos (Fármaco que eleva el tono del ánimo y es capaz de

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

estimular el humor y de tener una acción favorable sobre los estados melancólicos).

**Tabla 13. Antidepresivos.**

MEDICACIÓN	Nº casos	Porcentaje	mg./día
Anafranil 75 mg. (antidepresivo)	1	1,3	75
Besitrán 50 mg.(antidepresivo)	2	2,6	50
Besitrán 50 mg.(antidepresivo)	2	2,6	100
Casbol 20 mg.(antidepresivo)	1	1,3	20
Dobupal Retard 75 o 150 mg. (antidepresivo)	2	2,6	75
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	5	6,5	20
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	3	3,9	40
Frosinor 20 mg.(antidepresivo)	1	1,3	10
Mutabase 40 mg. (antidepresivo)	1	1,3	80
Nopramin 50 mg. (antidepresivo)	1	1,3	50
Paroxetina 20 mg. (antidepresivo)	4	5,2	20
Prisdal 30 mg. (antidepresivo)	3	3,9	30
Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)	1	1,3	20
Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)	1	1,3	40
Reneurón 20 mg. (antidepresivo)	1	1,3	40
Rexer 15 y 30 mg. (antidepresivo)	2	2,6	30
Seropram 20 y 30 mg. (antidepresivo)	1	1,3	30
Seroxat 20 mg. (antidepresivo)	7	9,1	20
Seroxat 20 mg. (antidepresivo)	1	1,3	30
Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	3	3,9	75
Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	1	1,3	150
ANTIDEPRESIVOS	44	57,2	1005

El 33,8% del total de los casos estudiados toman Antiestresores (Fármaco derivado de las benzodiazepinas indicado para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o lo somete a una situación de estrés importante).

**Tabla 14. Antiestresores.**

MEDICACIÓN	Nº casos	Porcentaje	mg./día
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)	6	7,8	2
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)	1	1,3	2,5
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)	2	2,6	5
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)	1	1,3	15
Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor)	1	1,3	1
Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor)	2	2,6	2
Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor)	1	1,3	3
Orfidal 1 mg. (antiestresor)	3	3,9	0,5

continua

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

continuación

MEDICACIÓN	Nº casos	Porcentaje	mg./día
Orfidal 1 mg. (antiestresor)	6	7,8	1
Orfidal 1 mg. (antiestresor)	2	2,6	2
Valium 10 mg. (antiestresor)	1	1,3	10
ANTIESTRESORES	26	33,8	44

El 29,9% del total de los casos estudiados toman Ansiolíticos (Fármaco que disminuye el estado de ansiedad y angustia).

**Tabla 15. Ansiolíticos.**

MEDICACIÓN	Nº casos	Porcentaje	mg./día
Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico)	1	1,3	0,25
Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico)	1	1,3	1
Lexatin Roche 1,5 o 3 mg. (ansiolítico)	1	1,3	3
Myolastan 50 mg. (ansiolítico)	1	1,3	50
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	5	6,5	0,5
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	5	6,5	1
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	3	3,9	2
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	2	2,6	3
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	1	1,3	3,5
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	1	1,3	25
Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)	1	1,3	5
Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)	1	1,3	15
ANSIOLITICOS	23	29,9	109,25

El 2,6% del total de casos estudiados toman Hipnóticos (Fármaco que produce un sueño similar al natural).

**Tabla 16. Hipnóticos.**

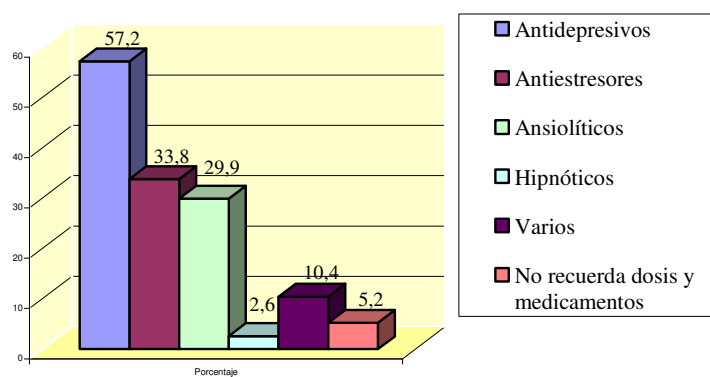
MEDICACIÓN	Nº casos	Porcentaje	mg./día
Noctamid 2mg. (hipnótico)	1	1,3	20
Stilnox 10 mg. (hipnótico)	1	1,3	10
HIPNÓTICOS	2	2,6	30

El 10,4% del total de casos estudiados toman medicamentos varios.

**Tabla 17. Varios.**

MEDICACIÓN	Nº casos	Porcentaje	mg./día
Arcalión 200 mg. (vitamina B1)	1	1,3	200
Astudal 5 mg. (hipertensión)	1	1,3	5
Auxina 200 mg. (vitamina E)	1	1,3	200
Diclofenaco 100 mg. (anti-inflamatorio)	1	1,3	100
Espidifen 400 mg. (analgésico)	1	1,3	1200
Prevencor 40 mg. (colesterol)	1	1,3	40
Provirón 25 mg. (andrógeno)	1	1,3	25
Tromalyt 300 mg. (eventos isquémicos coronarios)	1	1,3	300
VARIOS	8	10,4	2070

En el 57,2% de los casos se les receta antidepresivos. Al 33,8% se le recetan antiestresores. Al 29,9% ansiolíticos y al 2,6% hipnóticos. Al 10,4% medicamentos varios y el 5,2% no recuerda dosis ni medicamentos.



**Figura 24. Tipos de Medicación**

Capítulo 5. Estadísticos descriptivos de la muestra

---

El promedio de miligramos por día que ingieren las personas tratadas oscila entre 258,75 y 1,69, siendo 258,75 mg./día de medicamentos varios. 22,84 mg./día de antidepresivos. 15 mg./día de hipnóticos. 4,75 mg./día de ansiolíticos y 1,69 mg./día de antiestresores.

La medicación más recetada es: En el 22,1% Trankimazín (Ansiolítico). En el 14,3% Orfidal y en el 13% Diazepán (Antiestresores). En el 10,4% de los casos Fluoxetina y Seroxat (Antidepresivos), respectivamente.

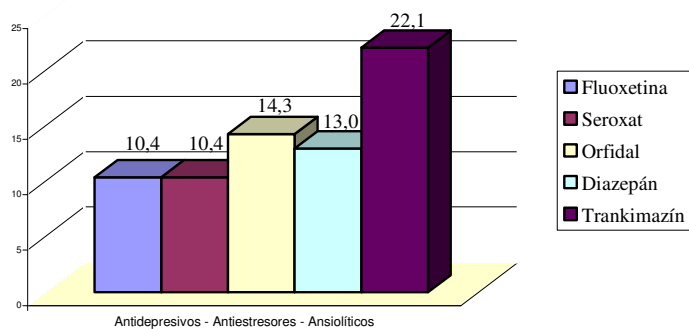


Figura 25. Medicación más recetada

## 6.1. INTRODUCCIÓN.

A continuación se describen y clasifican los 38 casos que han informado estar afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral. Los mismos 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). Vemos que en el 81,58% (31) de los casos concurren las diferentes variables para que puedan considerarse como situaciones de acoso psicológico en el trabajo o mobbing. El 15,79% (6) como situaciones de violencia en el trabajo y el 2,63% (1) conflictos en el lugar de trabajo.

Posteriormente se clasifican aquellos casos en los que se cumplen los requisitos para definirse como Mobbing:

- Refiere estar recibiendo una o más conductas de acoso psicológico o mobbing
- Una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo (en este caso consideraremos más de 6 meses)
- Con una frecuencia de una o más veces por semana
- Con la intencionalidad de causar daño (estas conductas se producen sobre la persona más que en el resto de sus compañeros).
- Se tendrá también en cuenta si existe un suceso desencadenante o agravante de dichas conductas de acoso
- La direccionalidad (al mismo nivel, horizontal - entre compañeros, ascendente - de subordinados a superiores, o descendente - de superiores a subordinados).

En el 81,58% de los casos (31 personas) se está recibiendo una o más conductas de Mobbing, con una exposición a las mismas superior a 6 meses y una o más veces por semana, se da la intención de causar daño a esa persona y, por tanto, las conductas no deseadas se producen sobre esa persona más que sobre el resto de los compañeros.

En el 15,79% (6 personas) de los casos no se da la intención de causar daño a una persona determinada, pero sí que se producen conductas que le afectan negativamente, con una exposición a las mismas superior a 6 meses y una o más veces por semana, que generan una situación de Violencia en el Puesto de trabajo, a la que están expuestos por igual tanto la persona que ha sido derivada a consulta como el resto de sus compañeros.

En el 2,63% (1 persona) de los casos no se da la intención de causar daño a una persona determinada pero sí que se producen conductas que le afectan negativamente, con una exposición a estas condiciones nocivas mantenida en el tiempo, que generan una situación de Conflicto en el Puesto de trabajo.

## **6.2. DERIVACIÓN.**

De los 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, 22 han sido derivados por Mutua mientras que los restantes 16 casos han acudido de forma privada.

El 57,89% de los casos que refieren estar afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, fueron derivados

por Mutua de Accidentes de Trabajo, mientras que el 42,11% acudieron por propia iniciativa a consulta privada.

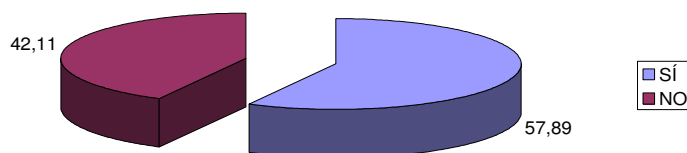


Figura 26.- Derivación casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral

### 6.3. EDAD.

El 74% de los casos que refieren estar afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, se sitúan entre los 31 y los 50 años de edad.

Tabla 18.- Grupos de Edad.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
20-30	6	15,79
<b>31-40</b>	14	<b>36,84</b>
<b>41-50</b>	14	<b>36,84</b>
51-60	4	10,53
TOTAL	38	100,00

### 6.4. GÉNERO.

Del total de 38 casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, 29 son Mujeres y 9 son hombres. El

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

---

76,32% de los casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral son Mujeres y el 23,68% son Hombres.

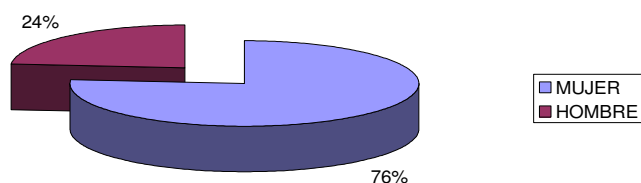


Figura 27.- Género

### 6.5. ESTADO CIVIL.

El 60,53% de los casos son personas casadas y el 15,79% vive en pareja. Hay un 10,53% de personas divorciadas y solteras respectivamente. El 2,63% son personas separadas.

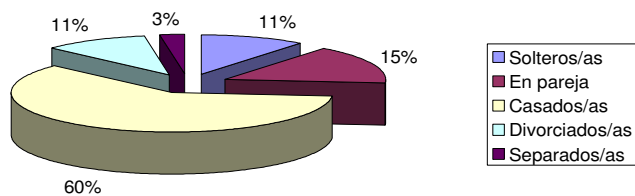


Figura 28.- Estado Civil

## 6.6. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.

El 36,84% de los casos pertenecen al Sector Servicios y el 23,68% a la Administración Pública. El 13,16% al Sector Sanidad/Farmacia y el 10,53% al Sector Industria. El 5,26% a Cuerpos de Seguridad. El 2,63% al Sector de la Construcción, Alimentación y Comercio, respectivamente.

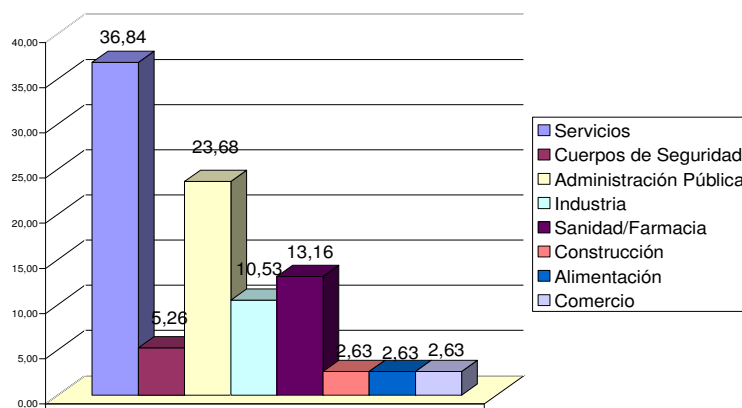


Figura 29.- Sector de Actividad

## 6.7. PUESTO DE TRABAJO.

El 18,42% de los casos desempeñan trabajo Administrativo. El 13,16% ocupa un puesto de Auxiliar y el 10,53% son Mandos Intermedios. El 7,89% ocupa puestos de Operarios, Directivos y Enfermería, respectivamente. El 5,26% de los casos ocupan puestos de Técnico, Conductor, Vendedor, Educador y Trabajo Social, respectivamente. El 2,63% de las personas trabajan como Policía Municipal, Jardinería y Camarero, respectivamente.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

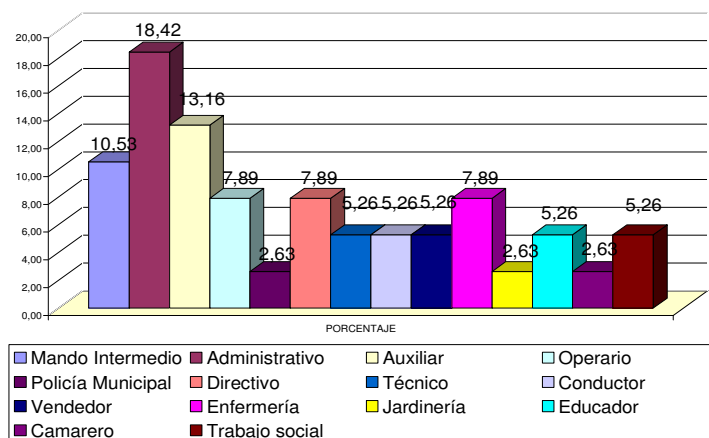


Figura 30.- Puesto de Trabajo

6.8. ANTIGÜEDAD.

El 36,84% de los casos tienen una antigüedad en la Empresa de 1 a 5 años. El 26,32% de los casos tiene una antigüedad de 10 a 15 años. El 15,79% con una antigüedad de 5 a 10 años. El 7,89% con una antigüedad de hasta 1 año y de 20 a 25 años, respectivamente y el 5,26% de 25 a 35 años de antigüedad.

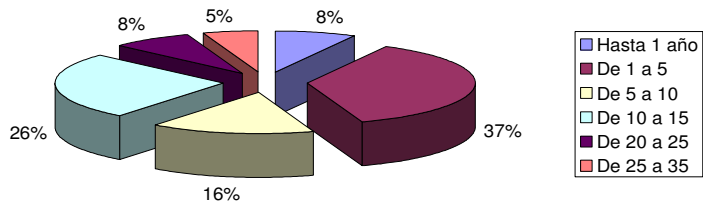


Figura 31.- Antigüedad (años)

## 6.9. MOTIVO DE CONSULTA.

El 57,89% de los casos expresan como motivo de consulta tener problemas en el trabajo. El 31,58% expresa sintomatología depresiva. El 5,26% refiere problemas familiares y sintomatología depresiva con antecedentes previos, respectivamente.

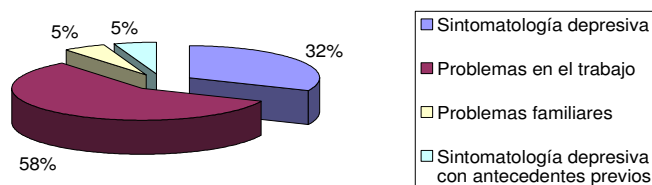


Figura 32.- Motivo de consulta

## 6.10. DIAGNÓSTICO.

En el 52,63% de los casos éstos han sido diagnosticados como Trastorno depresivo. En el 13,16% de los casos el diagnóstico ha sido Trastorno de ansiedad y Síndrome ansioso-depresivo, respectivamente. En el 7,89% el diagnóstico ha sido Trastorno depresivo por accidente/enfermedad y Estrés, respectivamente. El 2,63% muestra un diagnóstico por Histeria y Contingencia común, respectivamente.

## Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

---

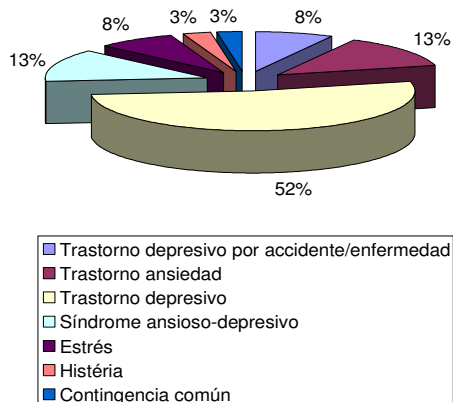


Figura 33.- Diagnóstico médico y/o psiquiátrico

### 6.11. DÍAS DE BAJA.

El total de días de baja acumulados por la totalidad de los 38 casos es de: 3.682 días. Esto representa un promedio de 96,89 días de baja por persona.

El total de días de baja acumulados por las 29 Mujeres es de 2.397 frente a los 1.285 días acumulados por los 9 Hombres. El promedio es de 142,78 días para los hombres y de 82,66 días para las Mujeres.

El 23,68% de los casos tiene de 20 a 40 días de baja. El 18,42% de 1 a 20 días. El 10,53% de 40 a 60 días y. el 10,53% de los casos no presenta ningún día de baja. El 7,89% de 60 a 80 días. El 5,26% de 80 a 100 días, 100 a 120 días y de 140 a 160 días, respectivamente.

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

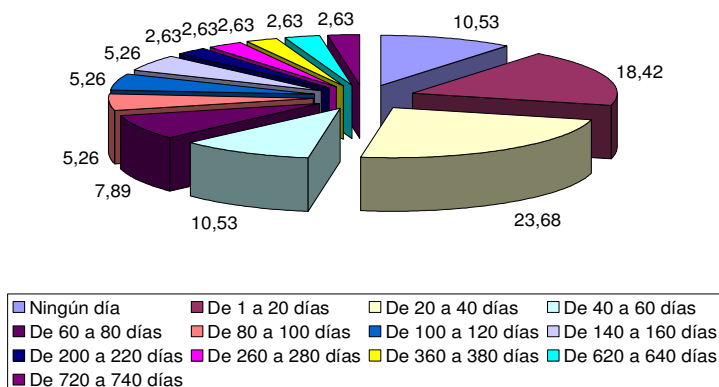


Figura 34.- Días de baja

## 6.12. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.

Tabla 19.- Sintomatología Manifiesta.

SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA	SI (%)
ANGUSTIA	100,00
ANSIEDAD	100,00
BAJO ESTADO DE ÁNIMO	100,00
LABILIDAD EMOCIONAL	100,00
SOLEDAD/AISLAMIENTO	92,11
APATIA	92,11
DESCONFIANZA	92,11
INSEGURIDAD/BAJA AUTOESTIMA	92,11
DESMOTIVACIÓN	89,47
FALLOS DE ATENCIÓN/MEMORIA	89,47
MIEDO	84,21
TRASTORNOS DEL SUEÑO	81,58
DIFICULTADES RESPIRATORIAS	73,68
IRRITABILIDAD	65,79
PERDIDAS DE CONTROL	47,37
CULPABILIDAD	44,74
DOLORES MUSCULARES Y ARTICULARES	39,47
OTROS	36,84
DOLOR DE ESPALDA	36,84
TRASTORNOS DIGESTIVOS	28,95
TAQUICARDIAS	28,95
VERTIGOS	23,68
ARRITMIAS	18,42

Desde el 84,21 al 100% de casos presentan síntomas psíquicos. La culpabilidad solo la manifiesta un 44,74% de los casos. Los Trastornos del sueño (81,58%) y las Dificultades respiratorias (73,68%) son los síntomas físicos con mayor ocurrencia.

El 100% de los casos presentan Angustia, Ansiedad, Bajo estado de ánimo y labilidad emocional. El 92,11% presenta Soledad/Aislamiento, Apatía, Desconfianza e Inseguridad/Baja Autoestima, respectivamente.

En el 89,47% los síntomas son Desmotivación y Fallos de Atención/Memoria, respectivamente. En el 84,21% presentan Miedo. En el 81,58% Trastornos del sueño. El 73,68% tienen una sintomatología manifiesta de Dificultades Respiratorias y el 65,79% presenta Irritabilidad.

Un 47,37% tienen pérdidas de control y el 44,74% manifiesta Culpabilidad. Un 39,47% presenta Dolores musculares y articulares. El 36,84% Dolor de Espalda así como otro tipo de síntomas, respectivamente. El 28,95% presenta Trastornos Digestivos y Taquicardias, el 23,68% con Vértigos y el 18,42% con Arritmias.

### **6.13. DSM IV**

El 100% de los casos presentan trastornos depresivos y problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica.

Más del 90% presentan Factores psicológicos que afectan al estado físico, trastorno de angustia sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada

Tabla 20.- DSM-IV

DSM-IV	SI (%)
DSM-IV - 6 - Trastornos depresivos	100,00
DSM-IV - 17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral	100,00
DSM-IV - 17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico	97,37
DSM-IV - 7 - Trastornos de angustia sin agorafobia	92,11
DSM-IV - 7 - Trastorno de ansiedad generalizada	92,11
DSM-IV - 7 - Trastorno por estrés agudo	63,16
DSM-IV - 13 - Trastornos primarios del sueño: Disomnias	39,47
DSM-IV - 17 - Problemas de relación no especificado	34,21
DSM-IV - 15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	28,95
DSM-IV - 14 - Trastorno del control de los impulsos no especificado	23,68
DSM-IV - 15 - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento	23,68
DSM-IV - 7 - Trastorno por estrés post-traumático	18,42
DSM-IV - 14 - Trastorno explosivo intermitente	18,42
DSM-IV - 13 - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias	13,16
DSM-IV - 6 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	10,53
DSM-IV - 6 - Trastorno del estado de ánimo no especificado	10,53
DSM-IV - 7 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	10,53
DSM-IV - 7 - Trastorno obsesivo-compulsivo	10,53

### Trastornos depresivos (DSM-IV-6)

Lo presenta el 100% de los casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral.

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

**Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:**

**Problema laboral (DSM-IV-17)**

Lo presenta el 100% de los casos.

El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

**Factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM-IV-17)**

Lo presenta el 97,37% de los casos.

A. Presencia de una enfermedad médica.

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.
2. los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
3. los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

4. las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

### **Trastornos de angustia sin agorafobia (DSM-IV-7)**

Lo presentan el 92,11% de los casos.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
  - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej. el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos).

### **Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV-7)**

Lo presentan el 92,11% de los casos.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

#### **Trastorno por estrés agudo (DSM-IV-7)**

Lo presenta el 63,16% de los casos.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización

5. amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

**Trastornos primarios del sueño: Disomnias (Insomnio primario)**  
(DSM-IV-13)

Lo presenta el 39,47% de los casos.

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Problemas de relación no especificado (DSM-IV-17)**

Lo presenta el 34,21% de los casos.

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud (paterno-filiales, conyugales, etc.). Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. El objeto de atención clínica se centra en los problemas de

relación que no son clasificables en ninguno de los problemas específicos mencionados antes (p. ej. dificultades con los colaboradores).

**Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (DSM-IV-15)**

Lo presenta el 28,95% de los casos.

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

**Trastorno del control de los impulsos no especificado (DSM-IV-14)**

Lo presenta el 23,68% de los casos.

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

### **Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento (DSM-IV-15)**

Lo presenta el 23,68% de los casos.

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

### **Trastorno por estrés post-traumático (DSM-IV-7)**

Lo presenta el 18,42% de los casos.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

### 5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **Trastorno explosivo intermitente (DSM-IV-14)**

Lo presenta el 18,42% de los casos.

A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.

C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

### **Trastornos primarios del sueño: Parasomnias (DSM-IV-13)**

Lo presenta el 13,16% de los casos.

A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o

autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (DSM-IV-6)**

Lo presenta el 10,53% de los casos.

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### **Trastorno del estado de ánimo no especificado (DSM-IV-6)**

Lo presenta el 10,53% de los casos.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

#### **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (DSM-IV-7)**

Lo presenta el 10,53% de los casos.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **Trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV-7)**

Lo presenta el 10,53% de los casos.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que

el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej. preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

## 6.14. CIE 10

El 92,11% de los casos presenta Trastornos mixto de ansiedad y depresión. El 89,47% Trastornos de ansiedad generalizada y el 55,26% Episodio depresivo moderado.

Tabla 21.- CIE-10

CIE-10	SI (%)
F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión	92,11
F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada	89,47
F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado	55,26
F43 - 43.0 - Reacción al estrés agudo	47,37
F32 - 32.9 - Episodio depresivo no especificado	44,44
F32 - 32.0 - Episodio depresivo leve	39,47
F43 - 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático	18,42
F43 - 43.2 - Trastorno de adaptación	18,42
F32 - 32.2 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	5,26

### Trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE 10 - F41 - 41.2)

Lo presenta el 92,11% de los casos.

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo

sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente). Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

### **Trastornos de ansiedad generalizada (CIE 10 - F41 - 41.1)**

Lo presenta el 89,47% de los casos.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudo-ración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo

relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende á ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico:

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye: Estado de ansiedad. Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia (F48.0).

**Episodio depresivo moderado (CIE 10 - F32 - 32.1)**

Lo presenta el 55,26% de los casos.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

**Reacción al estrés agudo (CIE 10 - F43 - 43.0)**

Lo presenta el 47,37% de los casos.

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del

individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano). También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

#### Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación,

hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: Crisis aguda de nervios. Reacción aguda de crisis. Fatiga del combate. "Shock" psíquico.

### **Episodio depresivo leve (CIE 10 - F32 - 32.0)**

Lo presenta el 39,47% de los casos.

#### **Pautas para el diagnóstico**

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

#### F32.01 Con síndrome somático

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

### **Trastorno de estrés post-traumático (CIE 10 - F43 - 43.1)**

Lo presenta el 18,42% de los casos.

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo. Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que

recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos.

En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

#### Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma,

deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

### **Trastorno de adaptación (CIE 10 - F43 - 43.2)**

Lo presenta el 18,42% de los casos.

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la

rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

Pautas para el diagnóstico:

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye: "Shock cultural". Reacciones de duelo. Hospitalismo en niños.

Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

**Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (CIE 10 - F32 - 32.2)**

Lo presenta el 5,26% de los casos.

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

#### Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye: Episodios depresivos aislados de depresión agitada. Melancolía. Depresión vital sin síntoma psicótico.

### **6.15. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS.**

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

Los casos que autoinforman de estas conductas de Mobbing refieren que reciben una o varias de ellas. Del 50% al 81,58% de los casos refieren recibir una o varias conductas que les Desestabilizan emocionalmente, Ejercen una presión indebida sobre ellos, Modifican sus condiciones de trabajo sin comunicárselo previamente, se les Menosprecia profesionalmente, se les Niegan sus derechos, tienen Sobrecarga de trabajo, reciben Críticas persistentes e injustificadas a su trabajo y Acusaciones infundadas.

**Tabla 22.- Conductas de Mobbing (del 50% al 81,58% de los casos)**

CONDUCTAS DE MOBBING	Nº casos	SI (%)
Desestabilizar emocionalmente a la persona	31	81,58
Ejercer una presión indebida sobre la persona	26	68,42
Modificar las condiciones de trabajo sin comunicárselo	23	60,53
Menospreciarle profesionalmente	21	55,26
Negar sus derechos	20	52,63
Sobrecarga de trabajo	20	52,63
Críticas persistentes e injustificadas a su trabajo	19	50,00
Acusaciones infundadas	19	50,00

En más del 40% de los casos el tipo de conductas recibidas son Menosprecios, Perjuicio monetario, Humillaciones y conductas agresivas.

**Tabla 23.- Conductas de Mobbing (más del 40% de los casos)**

CONDUCTAS DE MOBBING	Nº casos	SI (%)
Ignorar, hacerle el vacío, fingir no verle	17	44,74
Menospreciarle personalmente	17	44,74
Perjudicar monetariamente sin causa justificada	17	44,74
Gritos en público y/o en privado	17	44,74
Humillaciones y desprecios en privado	16	42,11
Avasallar a la persona	16	42,11

Más de un 20% de los casos manifiestan que se les Excluye de reuniones, reciben Intrusiones en su trabajo, se les Amplían y dramatizan los pequeños errores que puedan tener y reciben

Humillaciones y desprecios ante otras personas. Las conductas con un porcentaje menor al 20% no se han reflejado en la tabla.

**Tabla 24.- Conductas de Mobbing (más del 20% de los casos)**

CONDUCTAS DE MOBBING	Nº casos	SI (%)
Excluirle de reuniones	15	39,47
Intrusiones en su trabajo	15	39,47
Ampliar y dramatizar pequeños errores	15	39,47
Humillaciones y desprecios ante otras personas	15	39,47
Negar el diálogo	14	36,84
Amenazas en privado en el lugar de trabajo	14	36,84
Ir a la caza de sus errores	14	36,84
Interrupciones continuas	13	34,21
Difundir murmuraciones, mentiras sobre la persona	13	34,21
Restringir las posibilidades de comunicarse con su superior	12	31,58
Desvalorizar su trabajo y sus éxitos atribuyéndoselos a otros	12	31,58
Impedir el acceso a información	10	26,32
Negar información para la realización de su trabajo	10	26,32
Interferencia en la vida privada	9	23,68
Plazos de ejecución imposibles	9	23,68
Comentarios peyorativos sobre su vida privada	8	21,05
Comentarios despectivos aludiendo al género	8	21,05

## **6.16. VARIABLES DE MOBBING.**

### **6.16.1. Duración.**

El 84,21% del total de casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, reciben estas conductas desde hace más de 6 meses. El 82,76% de las mujeres y el 88,89% de los hombres, sufren estas conductas no deseadas desde hace más de 6 meses.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

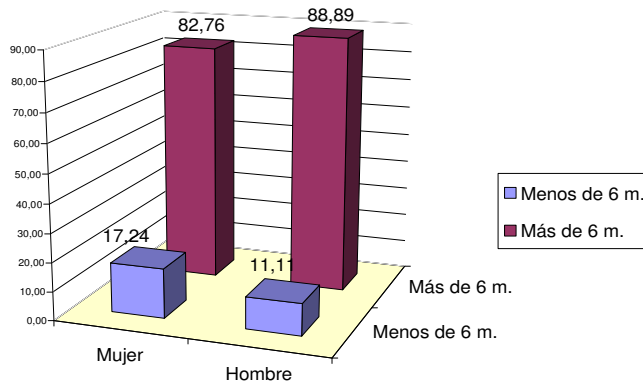


Figura 35.- Duración de las conductas (meses)

**6.16.2. Frecuencia de las conductas: una o más veces por semana.**

El 89,47%, 34 de los 38 casos, refieren que las conductas no deseadas se repiten con una frecuencia de una o más veces por semana.

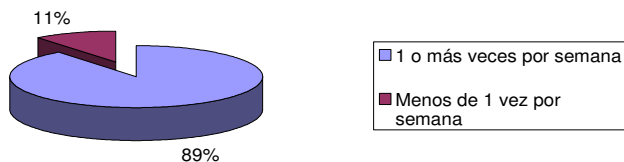


Figura 36.- Frecuencia de las conductas

### 6.16.3. Intencionalidad de la conducta.

En el 81,58% de los casos se da la intención de causar daño a esa persona y, por tanto, las conductas no deseadas se producen sobre esa persona más que sobre el resto de los compañeros.

En el 15,79% de los casos no se da la intención de causar daño a una persona determinada, pero sí que se producen conductas que generan una situación de Violencia en el Puesto de trabajo, a la que están expuestos por igual tanto la persona que ha sido derivada a consulta como el resto de sus compañeros.

En el 2,63% de casos nos encontramos con una exposición a factores psicosociales nocivos en el entorno laboral.

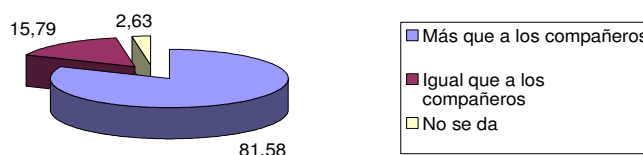


Figura 37.- Intencionalidad de las conductas

### 6.16.4. Direccionalidad de la conducta.

El porcentaje más elevado lo presenta el Mobbing descendente, que se recibe de un superior.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

---

En el 52,63% de los casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, es de tipo descendente, estas conductas son ejecutadas por un superior. En el 18,42% de los casos es horizontal, por un compañero. En el 15,79% de los casos por un superior y compañeros de trabajo, descendente y horizontal. En el 2,63% de los casos dichas conductas son realizadas por un superior y subordinados, descendente y ascendente, así como en otro 2,63% de los casos provienen de un grupo de superiores, descendente. En un 7,89% no se especifica.

**Tabla 25.- Direccionalidad de las conductas.**

DIRECCIONALIDAD	Nº CASOS
De un superior	20
De un compañero	7
De superior y compañeros	6
De superior y subordinados	1
De un grupo de superiores	1
No se especifica	3
TOTAL	38

### **6.16.5 Suceso desencadenante o agravante de la conducta.**

En el 60,53% de los casos estas conductas se han producido después de un cambio en la Organización y/o personal. En el 28,95% de los casos estas conductas se han dado sin que la persona haya detectado ningún cambio.

En el 42,11% las conductas se iniciaron tras producirse cambios en la Organización. En el 18,42% de los casos las conductas comenzaron después de un cambio a nivel personal del sujeto afectado (baja por operación, maternidad, etc.). En el 10,53% de los casos estas conductas no deseadas se reciben a su incorporación a la Organización o al nuevo puesto de trabajo.

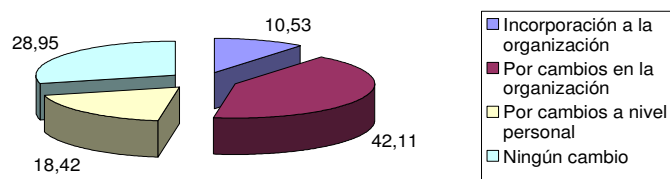


Figura 38.- Suceso desencadenante o agravante de la conducta

### 6.17. MEDICACIÓN.

El 60,53% de los casos toman algún tipo de medicación, mientras que el 39,47% no ingiere ningún tipo de medicación.

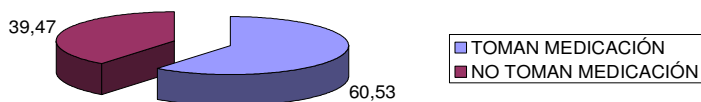


Figura 39.- Medicación

De los 23 casos que ingieren algún tipo de medicamento el 65,22% son antidepresivos. El 56,52% son antiestréses. El 30,43%

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

son ansiolíticos. El 4,35 son hipnóticos. En el 8,70% son medicamentos relacionados con otro tipo de sintomatología.

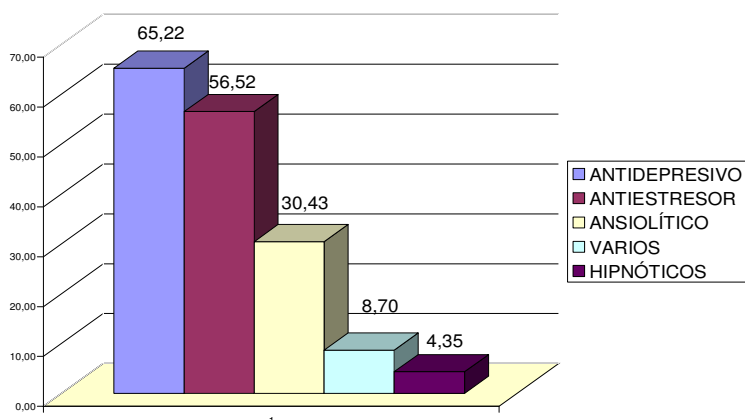


Figura 40.- Tipo de medicamentos

De los 23 casos que ingieren algún tipo de medicamento el 43,48% toman dos medicamentos. El 39,13% un medicamento. El 13,04% tres medicamentos. El 4,35% ingieren cuatro medicamentos distintos.

Tabla 26.- Ingesta de medicación por individuo (23 casos).

Astudal 5 mg. (hipertensión) Prevenor 40 mg. (colesterol) Tromalyt 300 mg. (eventos isquémicos coronarios) Valium 10 mg. (antiestresor)	CASO 1
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Diclofenaco 100 mg. (anti-inflamatorio) Dobupal Retard 75 o 150 mg. (antidepresivo)	CASO 2
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo) Orfidal 1 mg. (antiestresor) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	CASO 3
Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor) Seroxat 20 mg. (antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 4
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Seropram 20 y 30 mg. (antidepresivo)	CASO 5
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 6
Dobupal Retard 75 o 150 mg. (antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 7
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 8
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo) Orfidal 1 mg. (antiestresor)	CASO 9
Frosinor 20 mg.(antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 10
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Prisdal 30 mg. (antidepresivo)	CASO 11
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	CASO 12
Paroxetina 20 mg. (antidepresivo) Trankimazin 0,5 – 1 – 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASO 13
Orfidal 0,5 mg. (antiestresor) Seroxat 20 mg. (antidepresivo)	CASO 22
Seis casos: cada uno toma solo uno de estos medicamentos Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor) Orfidal 1 mg. (antiestresor) Stilnox 10 mg. (hipnótico) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo) Paroxetina 20 mg. (antidepresivo)	CASO 14 CASO 15 CASO 16 CASO 17 CASO 18 CASO 23
Tres personas toman solo: Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASOS 19-20-21

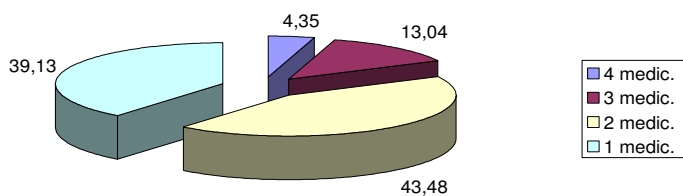


Figura 41.- Medicamentos por persona

En el 39,13% de los casos se receta Trankimazin (ansiolítico) y en el 26,09% de los casos Orfidal (antiestresor). En el 21,74% Seroxat (antidepresivo). En el 17,39% Diazepán (antiestresor). En el 13,04% Fluoxetina (antidepresivo) y Vandral (antidepresivo), respectivamente. En el 8,70% Dobupal Retard (antidepresivo), Loramet (antiestresor) y Paroxetina (antidepresivo), respectivamente.

Capítulo 6. Casos afectados por factores psicosociales nocivos

No se han hecho constar aquellos medicamentos ingeridos por el 4,35% de los casos.

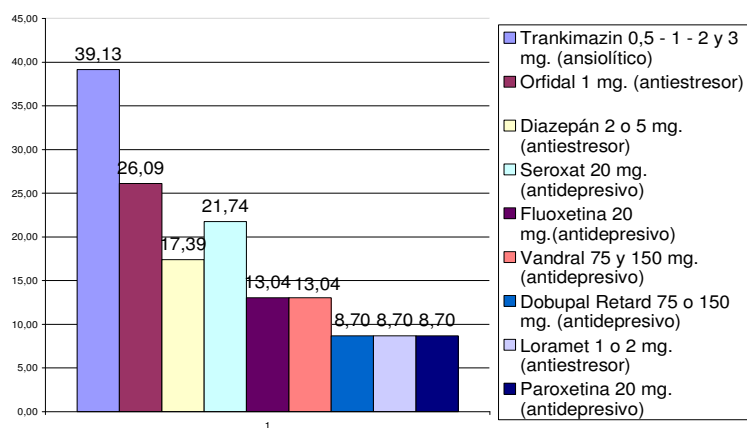


Figura 42.- Medicación recetada

## 7.1. DERIVACIÓN.

Del total de 77 casos objeto del estudio, 38 de ellos no están afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral. El 100% de los casos que no están afectados, han sido derivados por Mutua.

## 7.2. EDAD.

28,95% de los casos tienen entre 31 y 40 años. El 26,32% entre 20-30 años y 41-50 años, respectivamente. El 18,42% entre 51 y 60 años.

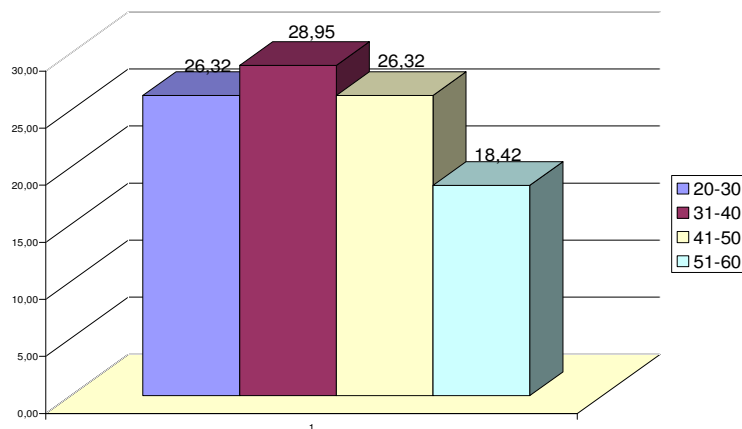


Figura 43.- Grupos de edad

## 7.3. GÉNERO.

De los treinta y ocho casos no afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, el 65,79% son Mujeres y el 34,21% son Hombres.

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

---

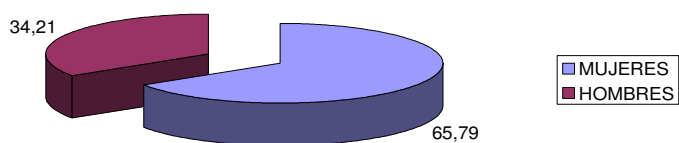


Figura 44.- Género

#### 7.4. ESTADO CIVIL.

El 39,47% de los casos son personas casadas y el 23,68% viven en pareja. El 18,42% son personas solteras. El 10,53% son personas separadas. El 5,26% personas viudas y el 2,63% están divorciadas.

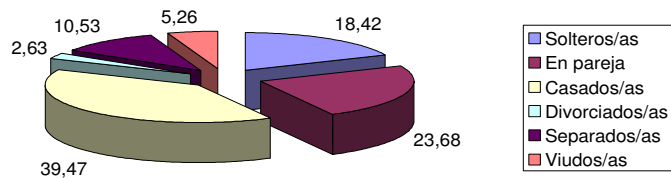


Figura 45.- Estado Civil

## 7.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.

El 39,47% de los casos pertenece al Sector Servicios y el 28,95 a la Industria. El 10,53% al Sector Comercio y el 7,89% al Sector Alimentación y No consta, respectivamente. El 2,63% al Sector de la Enseñanza y a Sanidad/Farmacia, respectivamente.

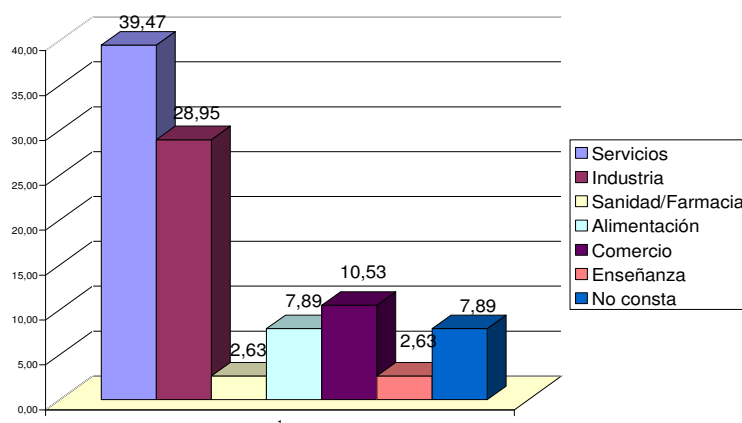


Figura 46.- Sector Actividad

## 7.6. PUESTO DE TRABAJO.

El 28,95% de los casos ocupa el puesto de Operario y el 15,79% el puesto de Administrativo. El 13,16% trabajan como Vendedores. En un 7,89% de los casos es personal de Limpieza y en el 5,26% Cocinero, Mando Intermedio o No consta, respectivamente. El 2,63% de los casos ocupa puestos de Educador, Autónomo, Camarero, Jardinería, Peluquero, Pescador y Técnico, respectivamente.

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

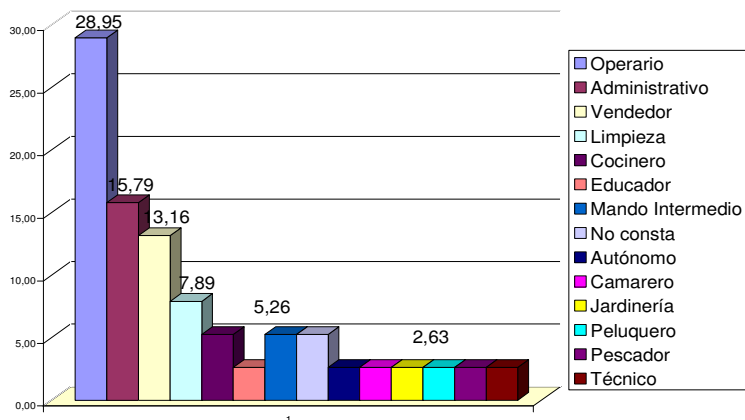


Figura 47.- Puesto de trabajo

7.7. ANTIGÜEDAD.

El 26,32% de los casos tiene hasta 1 año de Antigüedad. El 23,68% de 1 a 5 años. El 10,53% tiene una antigüedad de 5 a 10 años. El 5,26% presenta una antigüedad en la Empresa de 35 a 40 años. El 2,63% de 15 a 20 años de antigüedad y de 20 a 25, 25 a 30 años y 30 a 35 respectivamente. En el 23,68% de los casos no constan los años de antigüedad.

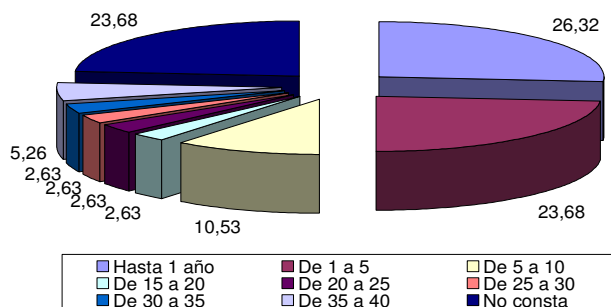


Figura 48.- Antigüedad

## 7.8. MOTIVO DE CONSULTA.

El 47,37% de los casos presenta sintomatología depresiva. El 26,32% refiere problemas familiares. El 13,16% de los casos muestra estado depresivo tras accidente. El 10,53% tienen sintomatología depresiva por enfermedad/operación. El 2,63% de los casos padece sintomatología depresiva con antecedentes previos. Ninguno de los casos presenta problemas en el trabajo.

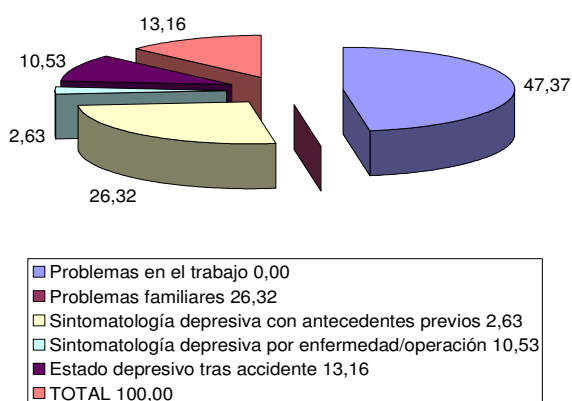


Figura 49.- Motivo de consulta

## 7.9. DIAGNÓSTICO.

El 23,68% de los casos han sido diagnosticados como Trastornos depresivos. El 21,05% como Síndrome ansioso-depresivo y Reacciones adaptativas, respectivamente. El 10,53% de los casos como Estrés. El 7,89% como Trastorno depresivo por accidente/enfermedad, Histeria y Trastorno de ansiedad, respectivamente.

## Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

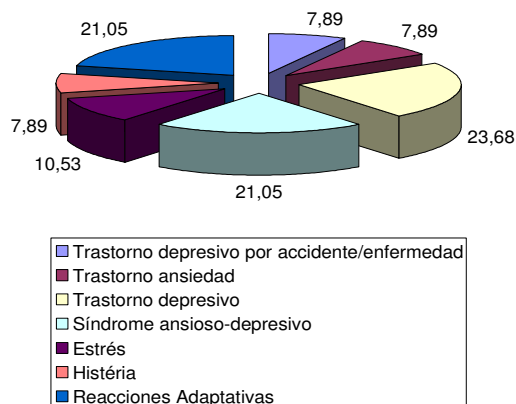


Figura 50.- Diagnóstico médico y/o psiquiátrico

### 7.10. DÍAS DE BAJA.

El 31,58% de 20 a 40 días de baja. El 15,79% de los casos presenta de 40 a 60 días y de 80 a 100 días, respectivamente. El 13,16% de los casos tiene de 1 a 20 días de baja. El 7,89% de 100 a 120 días de baja. El 5,26% de 140 a 160 días y el 2,63% de 160 a 180 días, de 180 a 200 días, de 200 a 220 días y de 260 a 280 días de baja respectivamente.

El total de días de baja acumulados por la totalidad de los 38 casos es de: 2.780 días. Esto representa un promedio de 73,16 días por persona.

El total de días de baja acumulados por las 25 Mujeres es de 1.889 frente a los 891 días acumulados por los 13 Hombres. El promedio es de 68,54 días para los hombres y de 75,56 días para las Mujeres.

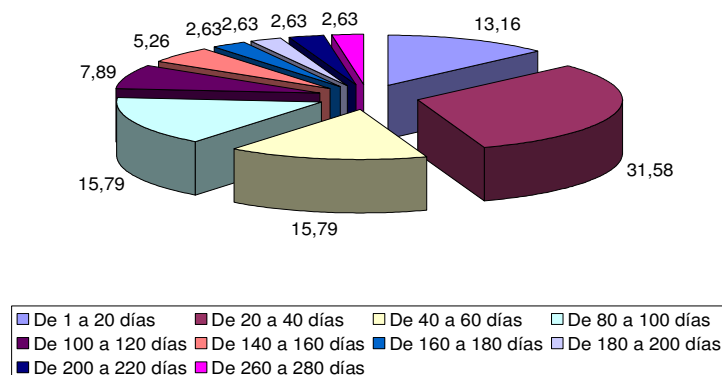


Figura 51.- Días de baja

## 7.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.

Del 50 al 100% de los casos presentan síntomas psíquicos. Los síntomas físicos son trastornos del sueño y dificultades respiratorias. El resto de casos presentan de forma mayoritaria síntomas físicos.

Tabla 27.- Sintomatología manifiesta.

SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA	SI %	Nº CASOS
Bajo estado de ánimo	97,37	37
Ansiedad	94,74	36
Angustia	92,11	35
Inseguridad/Baja autoestima	92,11	35
Labilidad emocional	92,11	35
Apatía	84,21	32
Desmotivación	84,21	32
Miedo	84,21	32
Trastornos del sueño	81,58	31
Soledad/Aislamiento	76,32	29
Fallos de atención/memoria	71,05	27
Dificultades Respiratorias	65,79	25
Desconfianza	55,26	21
Irritabilidad	44,74	17
Dolores musculares y articulares	39,47	15
Culpabilidad	36,84	14
Pérdidas de control	34,21	13
Dolor de espalda	28,95	11
Vértigos	28,95	11
Trastornos digestivos	18,42	7
Taquicardias	15,79	6
Arritmias	10,53	4
Otros	65,79	25

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

---

## 7.12. DSM IV

Se hacen constar los resultados superiores al 10% de casos. Más del 80% de casos presentan: Factores psicológicos que afectan al estado físico, Trastorno depresivo, Trastorno de angustia sin agorafobia y Trastorno de ansiedad generalizada.

Tabla 28.- DSM-IV.

DSM-IV	SI %	Nº CASOS
17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico	97,37	37
6 - Trastornos depresivos	86,84	33
7 - Trastornos de angustia sin agorafobia	84,21	32
7 - Trastorno de ansiedad generalizada	81,58	31
15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	60,53	23
15 - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento	47,37	18
17 - Problemas de relación no especificado	47,37	18
7 - Trastorno por estrés agudo	36,84	14
13 - Trastornos primarios del sueño: Disomnias	26,32	10
6 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	23,68	9
17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral	21,05	8
14 - Trastorno del control de los impulsos no especificado	18,42	7
6 - Trastorno del estado de ánimo no especificado	18,42	7
7 - Trastorno por estrés post-traumático	15,79	6
7 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	15,79	6
14 - Trastorno explosivo intermitente	15,79	6
13 - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias	13,16	5

### Factores psicológicos que afectan al estado físico (DSM-IV - 17)

Lo presenta el 97,37% de los casos.

A. Presencia de una enfermedad médica.

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre

los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.

2. los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica

3. los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

4. las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

### **Trastornos depresivos (DSM-IV - 6)**

Lo presenta el 86,84% de los casos.

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

### **Trastornos de angustia sin agorafobia (DSM-IV - 7)**

Lo presentan el 84,21% de los casos.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
- (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
- (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej. aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej. el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej. al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej. en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej. al estar lejos de casa o de los seres queridos).

### **Trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV - 7)**

Lo presentan el 81,58% de los casos.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.

ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

**Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (DSM-IV - 15)**

Lo presenta el 60,53% de los casos.

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

**Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento (DSM-IV - 15)**

Lo presenta el 47,37% de los casos.

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

### **Problemas de relación no especificado (DSM-IV - 17)**

Lo presenta el 47,37% de los casos.

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud (paterno-filiales, conyugales, etc.). Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. El objeto de atención clínica se centra en los problemas de relación que no son clasificables en ninguno de los problemas

específicos mencionados antes (p. ej. dificultades con los colaboradores).

### **Trastorno por estrés agudo (DSM-IV - 7)**

Lo presenta el 36,84% de los casos.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej. estar aturdido)
3. desrealización
4. despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

**Trastornos primarios del sueño: Disomnias (Insomnio primario)**  
(DSM-IV - 13)

Lo presenta el 26,32% de los casos.

A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.

B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

**Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**  
(DSM-IV - 6)

Lo presenta el 23,68% de los casos.

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:**

**Problema laboral (DSM-IV - 17)**

Lo presenta el 21,05% de los casos.

El objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

**Trastorno del control de los impulsos no especificado (DSM-IV - 14)**

Lo presenta el 18,42% de los casos.

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

**Trastorno del estado de ánimo no especificado (DSM-IV - 6)**

Lo presenta el 18,42% de los casos.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

### **Trastorno por estrés post-traumático (DSM-IV - 7)**

Lo presenta el 15,79% de los casos.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la

sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (DSM-IV - 7)**

Lo presenta el 15,79% de los casos.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **Trastorno explosivo intermitente (DSM-IV - 14)**

Lo presenta el 15,79% de los casos.

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej. traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

### **Trastornos primarios del sueño: Parasomnias (DSM-IV - 13)**

Lo presenta el 13,16% de los casos.

- A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.
- B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

---

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej. delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

### 7.13. CIE 10

Se hacen constar los resultados superiores al 10% de casos. El 81,58% de los casos presenta Trastornos de ansiedad generalizada, el 76,32% Trastornos mixtos de ansiedad y depresión mientras que el 44,74% de los casos presenta Episodio depresivo leve. El 42,11% Trastorno de adaptación y el 34,21% presenta Reacción al estrés agudo y Episodio depresivo moderado, siendo el 18,42% los casos afectados por Trastornos de Estrés post-traumático.

Tabla 29.- CIE-10.

CIE-10	SI %	Nº CASOS
F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada	81,58	31
F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión	76,32	29
F32 - 32.0 - Episodio depresivo leve	44,74	17
F43 - 43.2 - Trastorno de adaptación	42,11	16
F43 - 43.0 - Reacción al estrés agudo	34,21	13
F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado	34,21	13
F43 - 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático	18,42	7

#### Trastornos de ansiedad generalizada (CIE-10 - F41 - 41.1)

Lo presenta el 81,58% de los casos.

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera

predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

#### Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

Incluye: Estado de ansiedad. Neurosis de ansiedad. Reacción de ansiedad. Excluye: Neurastenia (F48.0).

### **Trastornos mixto de ansiedad y depresión (CIE-10 - F41 - 41.2)**

Lo presenta el 76,32% de los casos.

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente). Excluye: Depresión ansiosa persistente (distimia F34.1).

**Episodio depresivo leve (CIE-10 - F32 - 32.0)**

Lo presenta el 44,74% de los casos.

**Pautas para el diagnóstico**

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

**F32.00 Sin síndrome somático**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

**F32.01 Con síndrome somático**

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

### **Trastorno de adaptación (CIE-10 - F43 - 43.2)**

Lo presenta el 42,11% de los casos.

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o

chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

#### Pautas para el diagnóstico

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los antecedentes y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

Incluye: "Shock cultural". Reacciones de duelo. Hospitalismo en niños. Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

#### **Reacción al estrés agudo** (CIE-10 - F43 - 43.0)

Lo presenta el 34,21% de los casos.

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de

la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

#### Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno

de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye: Crisis aguda de nervios. Reacción aguda de crisis. Fatiga del combate. "Shock" psíquico.

### **Episodio depresivo moderado (CIE-10 - F32 - 32.1)**

Lo presenta el 34,21% de los casos.

#### **Pautas para el diagnóstico**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

#### F32.11 Con síndrome somático

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

#### **Trastorno de estrés post-traumático** (CIE-10 - F43 - 43.1)

Lo presenta el 18,42% de los casos.

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de

anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

#### Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma,

deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. Incluye: Neurosis traumática.

#### 7.14. MEDICACIÓN.

El 76,32% de los casos no afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral toman algún tipo de medicación. El 23,68% de los casos no toma ninguna medicación.

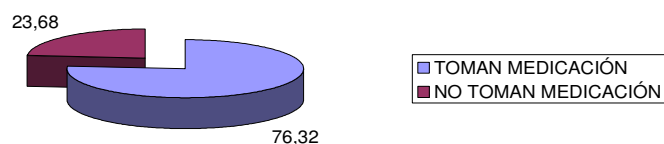


Figura 52.- Casos que toman medicación

De los 29 casos que ingieren algún tipo de medicamento el 89,66% son antidepresivos, el 48,28% son antiestresores y el 44,83% ansiolíticos, respectivamente, el 3,45% son hipnóticos y en el 13,79% son medicamentos relacionados con otro tipo de sintomatología.

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

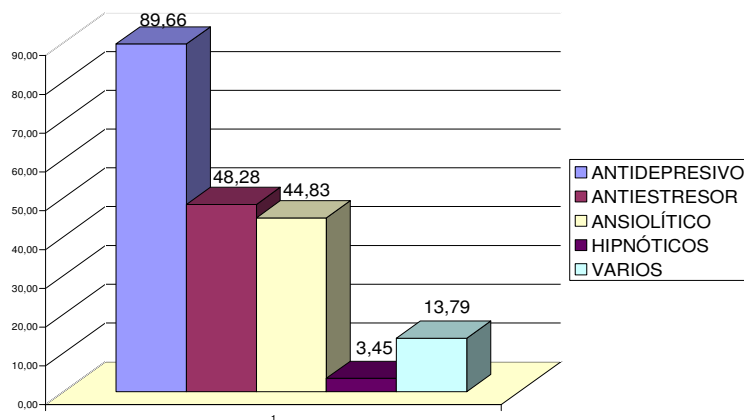


Figura 53.- Tipos de medicamentos

De los 29 casos, no afectados por factores psicosociales negativos en su entorno laboral, que ingieren medicación el 48,28% toma dos medicamentos, el 31,03% un medicamento, el 13,79% tres medicamentos y el 3,45% ingiere 4 o 5 medicamentos, respectivamente.

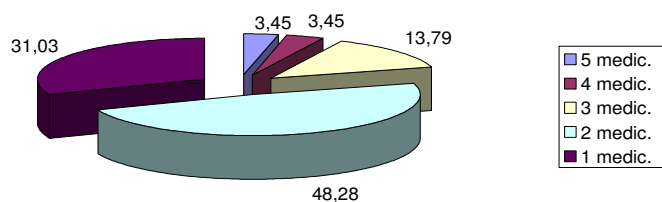


Figura 54.- Medicamentos por persona

Capítulo 7. Casos no afectados por factores psicosociales nocivos

**Tabla 30.- Ingesta de medicación por individuo (29 casos).**

Orfidal 1 mg. (antiestresor) Anafranil 75 mg. (antidepresivo) Arcalión 200 mg. (vitamina B1) Auxina 200 mg. (vitamina E) Provirón 25 mg. (andrógeno)	CASO 1
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor) Rexer 15 y 30 mg. (antidepresivo) Reneurón 20 mg. (antidepresivo)	CASO 2
Prisdal 30 mg. (antidepresivo) Espidifen 400 mg. (analgésico) Nopramin 50 mg. (antidepresivo)	CASO 3
Seroxat 20 mg. (antidepresivo) Myolastan 50 mg. (ansiolítico) Noctamid 2mg. (hipnótico)	CASO 4
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Besitrán 50 mg.(antidepresivo) Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico)	CASO 5
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Idalprem 1 o 5 mg. (ansiolítico) Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)	CASO 6
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Vestirán 50 mg.(antidepresivo)	CASO 7
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo)	CASO 8
Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico) Prozac cáp. 20 mg. (antidepresivo)	CASO 9
Seroxat 20 mg. (antidepresivo) Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)	CASO 10
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Casbol 20 mg.(antidepresivo)	CASO 11
Besitrán 50 mg.(antidepresivo) Rexer 15 y 30 mg. (antidepresivo)	CASO 12
Paroxetina 20 mg. (antidepresivo) Loramet 1 o 2 mg. (antiestresor)	CASO 13
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Paroxetina 20 mg. (antidepresivo)	CASO 14
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Seroxat 20 mg. (antidepresivo)	CASO 15
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo) Vestirán 50 mg.(antidepresivo)	CASO 16
Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor) Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	CASO 17
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Mutabase 40 mg. (antidepresivo)	CASO 18
Orfidal 1 mg. (antiestresor) Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	CASOS 19 Y 20
2 de ellas toman Trankimazin 0,5 - 1 - 2 y 3 mg. (ansiolítico)	CASOS 21 Y 22
2 de ellas toman Diazepán 2 o 5 mg. (antiestresor)	CASOS 23 Y 24
Orfidal 1 mg. (antiestresor)	CASO 25
Fluoxetina 20 mg.(antidepresivo)	CASO 26
Prisdal 30 mg. (antidepresivo)	CASO 27
Vincosedan 5 y 10 mg. (ansiolítico)	CASO 28
Lexatin Roche 1,5 o 3 mg. (ansiolítico)	CASO 29

En el 27,59% de los casos se receta Trankimazín. En el 20,69% se receta Diazepán. En el 17,24% de los casos se receta Orfidal y Fluoxetina, respectivamente. En el 13,79% Besitrán y 10,34% Seroxat, respectivamente. En el 6,90% de los casos se ha recetado: Paroxetina, Idalprem, Loramet, Prisdal, Prozac, Rexer y Vincosedan, respectivamente.

En el 3,45% de los casos se recetan los siguientes medicamentos: Anafranil 75 mg. (antidepresivo), Arcalión 200 mg. (vitamina B1), Auxina 200 mg. (vitamina E), Casbol 20 mg.(antidepresivo), Espidifen 400 mg. (analgésico), Lexatin Roche 1,5 o 3 mg. (ansiolítico), Myolastan 50 mg. (ansiolítico), Mutabase 40 mg. (antidepresivo), Noctamid 2mg. (hipnótico), Nopramin 50 mg. (antidepresivo), Provirón 25 mg. (andrógeno), Reneurón 20 mg. (antidepresivo) y Vandral 75 y 150 mg. (antidepresivo).

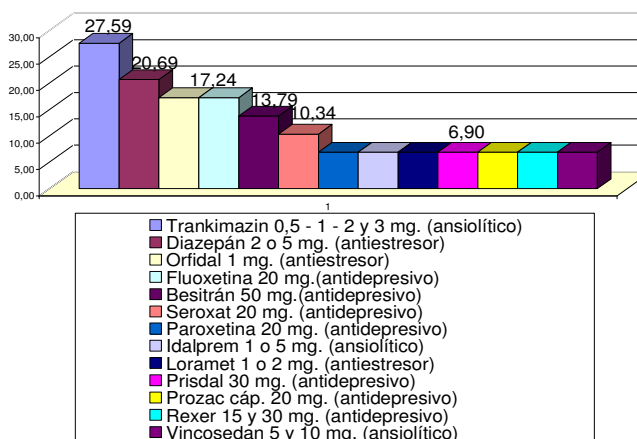


Figura 55.- Medicación recetada

Tras el análisis descriptivo de las variables objeto del estudio y siendo éste un procedimiento epidemiológico analítico, no experimental, con un sentido retrospectivo, se han formado dos grupos de sujetos a partir de su clasificación en (A) y (NA) como hemos visto en los capítulos anteriores. En el presente capítulo vamos a realizar un 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. Los resultados detallados de todo ello pueden consultarse en los Anexos.

### **8.1. DERIVACIÓN.**

De los casos clínicos de la muestra afectados por factores psicosociales nocivos en su puesto de trabajo (A) un 42,11% acudió de forma privada y asumiendo los gastos de su consulta y/o tratamiento psicológico, mientras que los no afectados por factores psicosociales nocivos (NA) el 100% fueron remitidos por la Mutua.

El riesgo estimado con IC (95%) nos indica que es significativamente inferior a 1 para los (A) derivados por Mutua.

Fisher  $p = 0.000$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $RR = 0.367$  ( $0.263 < 0.367 < 0.511$ ) muestra que por cada sujeto (A) solo existen 0.367 probabilidades de ser derivados por Mutua. Hay más riesgo para los (A) al no ser derivados por Mutua para recibir atención especializada.

Este resultado nos muestra la dificultad del diagnóstico correcto en los casos afectados por factores psicosociales nocivos en el entorno laboral y como estas personas deben asumir el coste de su tratamiento, en muchos casos, después de un largo peregrinar por diferentes profesionales buscando una explicación y un tratamiento adecuado a su sintomatología, a pesar de expresar que la misma se debe a motivos laborales.

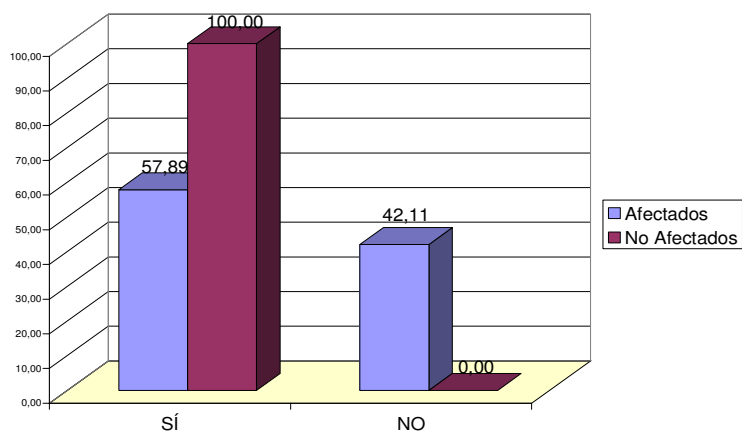


Figura 56.- Derivados por Mutua

## 8.2. EDAD.

La media de edad de los (A) es de 39 años y los (NA) 38 años, las varianzas proporcionales son iguales  $F = 1.153$   $p = 0.286$ . El estadístico  $T = 0.445$  tiene asociado un nivel crítico bilateral de 0.657

por tanto, se acepta la hipótesis de igualdad de medias no habiendo diferencia significativa entre la edad media de (A) y (NA) de la muestra con el verdadero valor de la media poblacional.

En los casos (A) el 84,21% de los casos se encuentran entre los 31 y los 60 años de edad mientras que un 15,79% son menores de 31 años. El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 0.703  $p = 0.402$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No hay riesgo por el hecho de ser más joven para ser (A), es decir, no hay una diferencia significativa.

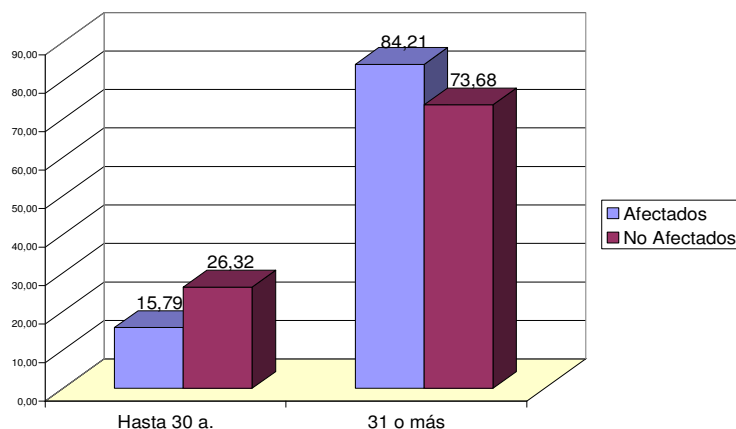


Figura 57.- Grupos de edad

### 8.3. GÉNERO

No hay diferencia significativa entre (A) y (NA) por razón de género. El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 0.568  $p = 0.451$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No se da mayor riesgo por el hecho de ser mujer para ser (A).

Capítulo 8. Comparación entre muestras de Afectados y No Afectados

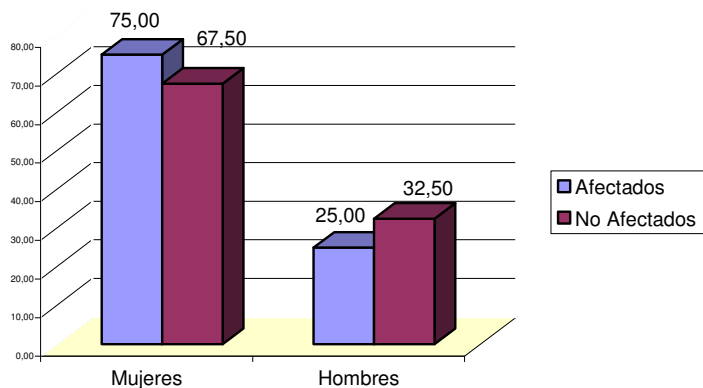


Figura 58.- Género

#### 8.4. ESTADO CIVIL.

Tanto en un caso como en otro el porcentaje más elevado se da en personas casadas y que viven en pareja, aunque no existe diferencia significativa con los que viven solos. El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 0.984  $p = 0.321$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el estado civil y el hecho de ser o no (A).

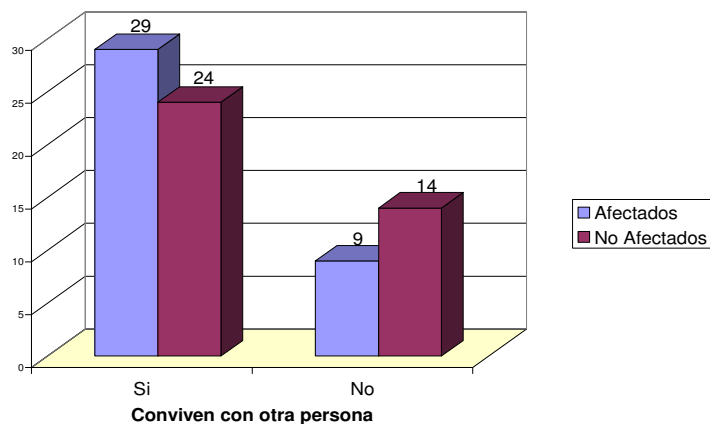


Figura 59.- Estado Civil

## 8.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.

El porcentaje más elevado en ambos casos (A) y (NA) se da en el Sector Servicios. El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 0.000  $p = 1.000$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas, no existe más riesgo de ser (A) por el hecho de trabajar en este Sector.

Sigue Administración Pública en mayor porcentaje de casos de (A) y nos da un riesgo estimado con IC (95%) que nos indica que es significativamente inferior a 1 para los (A) que no trabajan en este sector, Fisher  $p = 0.002$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un RR = 0.433 (0.329<0.433<0.569) que nos indica una probabilidad de 0,433 de (A) en los otros sectores por cada caso (A) de Administración Pública, por tanto existe más riesgo de ser (A) para los trabajadores de este sector.

En el Sector Industria se da un porcentaje más alto en (NA) y el riesgo estimado con IC (95%) nos indica que es significativamente inferior a 1 para los (A) que trabajan en este sector, Fisher (unilateral)  $p = 0.041$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un RR = 0.604 (0.398<0.604<0.914), que nos indica una probabilidad de que por cada caso (A) en los otros sectores podemos esperar encontrar 0,60 sujetos (A) en Industria, por tanto existe menos riesgo de ser (A) para los trabajadores de este sector.

Capítulo 8. Comparación entre muestras de Afectados y No Afectados

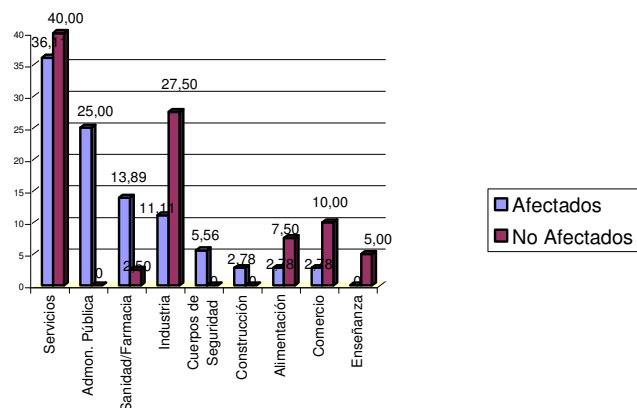


Figura 60.- Sector de actividad

### 8.6. PUESTO DE TRABAJO.

El puesto de trabajo de Administrativo presenta el porcentaje mayor de casos (A) y prácticamente igual en (NA), mientras que el puesto de trabajos de Auxiliar es mayor el porcentaje de (A) y en los (NA) el mayor porcentaje lo encontramos en el puesto de trabajo de Operario.

Para el PT Administrativo el riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel  $0.000$   $p = 1.000$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas, por tanto no está relacionado con el riesgo de ser o no (A).

Para el PT Auxiliar el riesgo estimado con IC (95%) nos indica que es significativamente inferior a 1 para los (A) que no trabajan como Auxiliares, Fisher (unilateral)  $p = 0.027$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $RR = 0.465$  ( $0.362 < 0.465 < 0.597$ ), nos indica una probabilidad de que por cada caso (A) que son Auxiliares encontraremos 0.465 que no lo son.

Para el PT Operario el riesgo estimado con IC (95%) nos indica que es significativo para los casos que no ocupan este puesto de trabajo, Mantel-Haenszel 4.234  $p = 0.040$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $OR = 4.753$  ( $1.206 < 4.753 < 18.738$ ) muestra que entre los sujetos (A) la probabilidad de encontrar trabajadores que no son Operarios es 4.75 veces mayor que la de encontrar Operarios, por tanto éstos tienen 0.554 veces menos riesgo de ser (A) con IC (95%)  $RR = 0.554$  ( $0.374 < 0,554 < 0.822$ ).

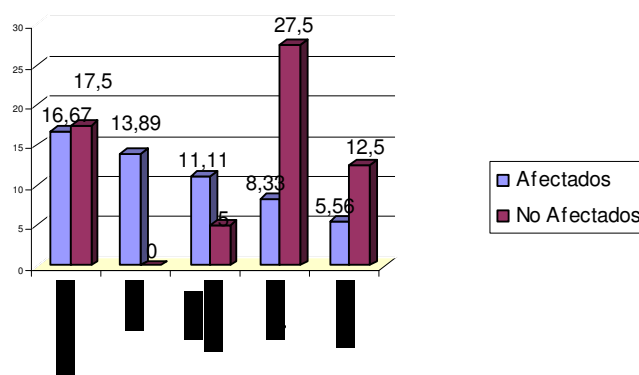


Figura 61.- Puesto de trabajo

## 8.7. ANTIGÜEDAD.

La media de años de antigüedad en los (A) es de 9 y para los (NA) de 8, con  $F = 1.791$   $p = 0.186$  las varianzas proporcionales son iguales y el estadístico  $T = 0.497$  tiene asociado un nivel crítico bilateral de 0.621 por tanto se acepta que los datos de la muestra son compatibles con la hipótesis de que el verdadero valor de la media poblacional es el propuesto.

No tener antigüedad no supone riesgo de ser (A) con IC (95%) significativamente menor que 1. Mantel-Haenszel 7.484  $p = 0.006$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un OR = 0.240 (0.092<0.240<0.625) nos indica que entre los sujetos (A) la probabilidad de tener menos de 5 años de antigüedad es de 0.24 frente a uno de más antigüedad y con IC (95%) un RR = 2.056 (1.228<2.056<3.441) nos dice que la probabilidad de encontrar (NA) con antigüedad menor a 5 años es 2 veces mayor que entre los más antiguos.

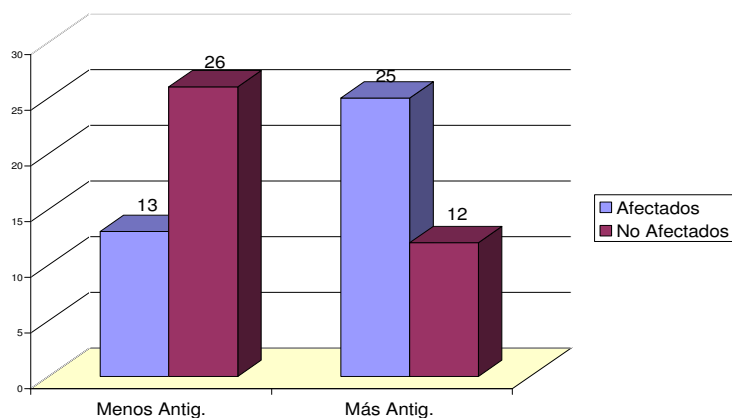


Figura 62.- Antigüedad

## 8.8. MOTIVO DE CONSULTA.

El porcentaje mayor de casos (A), alegan como motivo Problemas en el trabajo, seguido de Sintomatología Depresiva. En los casos (NA) el porcentaje mayor expone sintomatología depresiva y problemas familiares.

En cuanto a la sintomatología depresiva el riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 1.96  $p = 0.161$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están

relacionadas. No existe relación entre padecer sintomatología depresiva y el hecho de ser o no (A).

Entre los (NA) ningún caso ha expresado Problemas en el Trabajo, el riesgo estimado con IC (95%) nos indica que no tener problemas en el trabajo es significativamente inferior a 1 para los (A), Fisher  $p = 0.000$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $RR = 0.309$  ( $0.208 < 0.309 < 0.459$ ), nos indica el número de veces que es más probable encontrar (A) sin problemas en el trabajo contra 1 de tenerlos.

Los (A) tienen 6.42 probabilidades más de no sufrir problemas familiares contra 1 de los (NA), con IC (95%) un  $RR = 0.525$  ( $0.361 < 0.525 < 0.764$ ). nos indica que no tener problemas familiares es significativamente inferior a 1 caso para los (NA), Mantel-Haenszel 4.785  $p = 0.029$  sig. con gl (1) y un  $OR = 6.429$  ( $1.302 < 6.429 < 31.729$ ). El estar (A) no da más riesgo de sufrir problemas familiares.

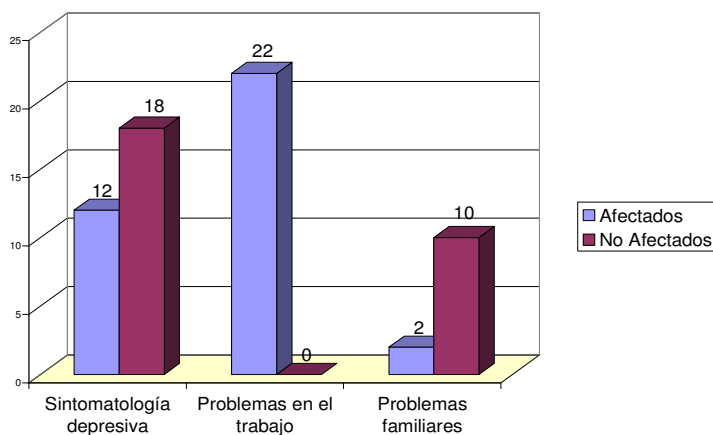


Figura 63.- Motivo de consulta.

## 8.9. DIAGNÓSTICO.

El mayor porcentaje de personas (A), llegan con un diagnóstico de Trastorno depresivo, seguido de Trastorno de ansiedad y Síndrome ansioso-depresivo, por igual. En los casos de personas (NA), el porcentaje mayor es Trastorno Depresivo, el Síndrome Ansioso-Depresivo y Reacciones Adaptativas presentan igual prevalencia.

En el trastorno depresivo la probabilidad que los (A) no lo padezcan es, con IC (95%) significativamente menor que 1. Mantel-Haenszel 5.503  $p = 0.019$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un OR = 0.279 (0.105<0.279<0.746) nos indica que la probabilidad de ser diagnosticados de Trastorno depresivo es entre los sujetos (A) de 1 contra 0.279 de los (NA) y con IC (95%) un RR = 2.222 (1.165<2.222<4.238) nos dice que la probabilidad de tener Trastorno depresivo es 2.22 veces mayor entre los (A).

En el Trastorno de ansiedad el riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Fisher  $p = 0.711$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y el diagnóstico de Trastorno de ansiedad.

En el Síndrome ansioso depresivo el riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 0.366  $p = 0.545$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y el diagnóstico Síndrome ansioso depresivo.

La probabilidad que los (A) no padezcan Reacciones adaptativas es significativa con IC (95%). Fisher  $p = 0.005$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $RR = 1.267$  ( $1.075 < 1.267 < 1.493$ ) nos indica que entre los sujetos (A) la probabilidad de no padecer Reacciones adaptativas es de 1.267 frente a 1 de los (NA).

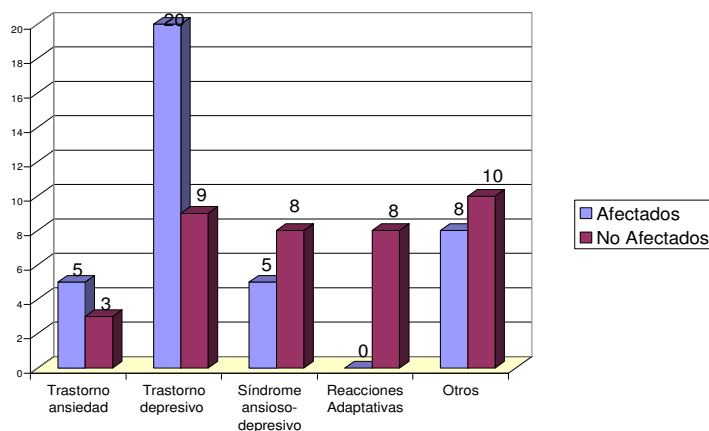


Figura 64.- Diagnóstico

## 8.10. DÍAS DE BAJA.

La media de días de baja para los (A) es de 96,89 mientras que para los (NA) es de 73,16 y con  $F = 5.417$   $p = 0.023$  no se asume la igualdad de varianzas y el estadístico  $T = 0.847$  que tiene asociado un nivel crítico bilateral de 0.401 confirma la igualdad de medias siendo los datos de la muestra compatibles con la hipótesis de que el verdadero valor de la media poblacional es el propuesto.

El riesgo estimado con IC (95%) no es significativo y Mantel-Haenszel 0.592  $p = 0.442$  con gl (1) confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y los días de baja.

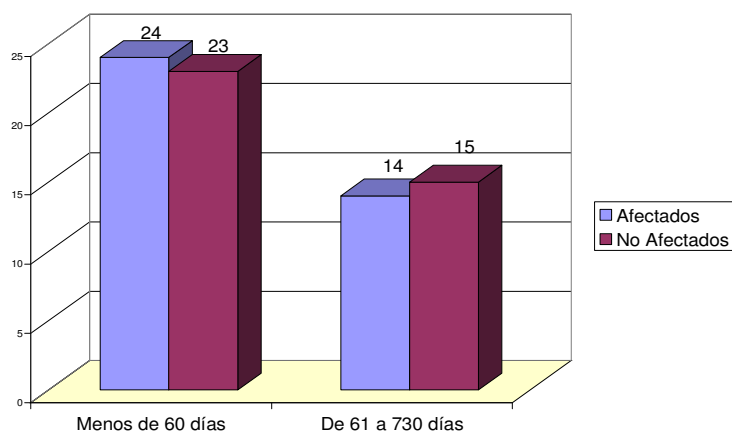


Figura 65.- Días de Baja

### 8.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.

La totalidad de casos (A) presentan Bajo estado de ánimo, ansiedad, angustia y labilidad emocional. En los casos (NA) se dan esas mismas sintomatologías e Inseguridad/Baja Autoestima que la presentan más del 90% de los casos.

En los casos (A) más del 90% de casos presentan Soledad/Aislamiento, Apatía, Desconfianza e Inseguridad/Baja autoestima y más del 80% presentan Desmotivación, Fallos de Atención/memoria, Miedo y Trastornos del sueño. Más del 50% de casos presentan Dificultades Respiratorias e Irritabilidad.

En los casos que no se ven afectados por factores psicosociales nocivos en el entorno laboral, más del 80% presenta Apatía, Desmotivación, Miedo y Trastornos del sueño. Más del 50% tienen Dificultades Respiratorias, Fallos de Atención/Memoria Desconfianza y Soledad/Aislamiento.

**Tabla 31.- Sintomatología manifiesta**

SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA	Afectados	No Afectados	IC 95% (sig.)
Bajo estado de ánimo	100,00	97,37	NO
Ansiedad	100,00	94,74	NO
Angustia	100,00	92,11	NO
Labilidad emocional	100,00	92,11	NO
Soledad/Aislamiento	92,11	76,32	NO
Apatía	92,11	84,21	NO
Desconfianza	92,11	55,26	SI
Inseguridad/Baja autoestima	92,11	92,11	NO
Desmotivación	89,47	84,21	NO
Fallos de atención/memoria	89,47	71,05	NO
Miedo	84,21	84,21	NO
Trastornos del sueño	81,58	81,58	NO
Dificultades Respiratorias	73,68	65,79	NO
Irritabilidad	65,79	44,74	NO
Pérdidas de control	47,37	34,21	NO
Culpabilidad	44,74	36,84	NO
Dolores musculares y articulares	39,47	39,47	NO
Otros	36,84	65,79	SI
Dolor de espalda	36,84	28,95	NO
Trastornos digestivos	28,95	18,42	NO
Taquicardias	28,95	15,79	NO
Vértigos	23,68	28,95	NO
Arritmias	18,42	10,53	NO

Sin embargo el riesgo estimado con IC (95%) de las diferentes sintomatologías que presentan tanto los casos (A) como los (NA) no difieren significativamente y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y la sintomatología que se presenta, salvo en el caso de “Desconfianza” y “Otros” que vemos a continuación.

Para la variable Desconfianza con IC (95%) significativo, Mantel-Haenszel 11.317  $p = 0.001$  sig. con gl (1) y un OR = 9.444 (2.470<9.444<36.116) nos confirma que las variables están

relacionadas. Los casos (A) tienen 9.44 probabilidades de presentar Desconfianza contra una de los (NA).

Para la variable Otros con IC (95%) significativamente menor que 1. Mantel-Haenszel 5.198  $p = 0.023$  sig. con gl (1) y un OR = 0.303 (0.118<0.303<0.777) nos confirma que las variables están relacionadas. Los casos (A) tienen 0.30 probabilidades de presentar Otros síntomas contra una de los (NA).

De los síntomas que presentan los (A) vemos que la predominancia está en los síntomas psíquicos, del 84,21% al 100%, mientras que el 81,58% y 73,68% son síntomas físicos. También en los (NA) la mayor prevalencia la encontramos en los síntomas psíquicos.

## 8.12. DSM IV

El 100% de los casos (A) se clasificarían según el DSM-IV en su apartado 6 - Trastornos depresivos y 17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral. Más del 90% en el apartado 17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico, 7 - Trastornos de angustia sin agorafobia y 7 - Trastorno de ansiedad generalizada. Más del 50% en 7 - Trastorno por estrés agudo.

En los casos (NA) más del 90% de los casos se clasifican como 17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico. Más del 80% como 6 - Trastornos depresivos, 7 - Trastornos de angustia sin agorafobia y 7 - Trastorno de ansiedad generalizada. Mientras que

más del 50% se clasificarían como 15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Sin embargo el riesgo estimado con IC (95%) de las diferentes clasificaciones del DSM-IV que presentan tanto los casos (A) como los (NA) no difieren significativamente y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y dichas clasificaciones, salvo en cuatro de ellas que pasamos a describir a continuación.

**Tabla 32.- DSM-IV.**

DSM-IV	Afectados	No Afectados	IC 95% (sig.)
6 - Trastornos depresivos	100,00	86,84	NO
17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral	100,00	21,05	SI
17 - Factores psicológicos que afectan al estado físico	97,37	97,37	NO
7 - Trastornos de angustia sin agorafobia	92,11	84,21	NO
7 - Trastorno de ansiedad generalizada	92,11	81,58	NO
7 - Trastorno por estrés agudo	63,16	36,84	SI
13 - Trastornos primarios del sueño: Disomnias	39,47	26,32	NO
17 - Problemas de relación no especificado	34,21	47,37	NO
15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	28,95	60,53	SI
14 - Trastorno del control de los impulsos no especificado	23,68	18,42	NO
15 - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento	23,68	47,37	SI
7 - Trastorno por estrés post-traumático	18,42	15,79	NO
14 - Trastorno explosivo intermitente	18,42	15,79	NO
13 - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias	13,16	13,16	NO
6 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	10,53	23,68	NO
6 - Trastorno del estado de ánimo no especificado	10,53	18,42	NO
7 - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	10,53	15,79	NO
7 - Trastorno obsesivo-compulsivo	10,53	13,16	NO

En 17 - Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral, la probabilidad que los (A) se clasifique en este apartado es significativa con IC (95%). Fisher p = 0.000 sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un RR = 0.174 (0.093<0.174<0.326) nos indica que entre los sujetos (NA) la probabilidad de presentar estos problemas es de 0.17 frente a 1 de los (A).

En 7 – Trastorno por estrés agudo, la probabilidad que los (A) lo padezcan es con IC (95%) significativa. Mantel-Haenszel 4.207  $p = 0.040$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un OR = 2.939 (1.157<2.939<7.464) nos indica que el riesgo entre los sujetos (A) de padecer Trastorno por estrés agudo es 2,9 veces más probable que entre los (NA) y con IC (95%) un RR = 1.714 (1.059<1.714<2.776) nos dice que la probabilidad de encontrar (A) con Trastorno por estrés agudo es 1.71 veces mayor que entre los (NA).

En 15 - Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, la probabilidad que los (A) lo padezcan es con IC (95%) significativamente inferior a 1. Mantel-Haenszel 6.355  $p = 0.012$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un OR = 0.266 (0.102<0.266<0.691) nos indica que el riesgo entre los sujetos (A) de padecer Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo es de 0.26 frente a 1 de los (NA) y con IC (95%) un RR = 1.894 (1.187<1.894<3.023) nos dice que la probabilidad de encontrar (NA) con este Trastorno es 1.89 veces mayor que entre los (A).

En 15 - Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento, la probabilidad que los (A) lo padezcan es con IC (95%) significativamente inferior a 1. Mantel-Haenszel 3.628  $p = 0.057$  no sig. con gl (1) confirma que las variables no están relacionadas pero un OR = 0.345 (0.129<0.345<0.921) nos indica que el riesgo entre los sujetos (A) de padecer este Trastorno es de 0.34 frente a 1 de los (NA) y con IC (95%) un RR = 1.633 (1.063<1.633<2.511) nos dice que la probabilidad de encontrar (NA) con este Trastorno es 1.63 veces mayor que entre los (A).

### 8.13. CIE 10

En los casos (A) el porcentaje mayor, por encima del 90%, se clasificaría según el CIE-10 como F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión, más del 80% como F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada y más del 50% como F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado. En los casos (NA) el porcentaje mayor, más del 80% se clasifica como F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada y más del 75%, se clasifica como F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión

Tabla 33.- CIE 10.

CIE-10	Afectados	No Afectados	IC 95% (sig.)
F41 - 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión	92,11	76,32	NO
F41 - 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada	89,47	81,58	NO
F32 - 32.1 - Episodio depresivo moderado	55,26	34,21	NO
F43 - 43.0 - Reacción al estrés agudo	47,37	34,21	NO
F32 - 32.0 - Episodio depresivo leve	39,47	44,74	NO
F43 - 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático	18,42	18,42	NO
F43 - 43.2 - Trastorno de adaptación	18,42	42,11	SI
F32 - 32.2 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	5,26	7,89	NO
F43 - 43.8 - Otras reacciones al estrés grave	2,63	7,89	NO

El riesgo estimado con IC (95%) de las diferentes clasificaciones del CIE10 que presentan tanto los casos (A) como los (NA) no difieren significativamente y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y dichas clasificaciones, salvo en Trastorno de adaptación, que pasamos a describir a continuación.

La probabilidad que los (A) presenten Trastornos de adaptación es con IC (95%) significativamente inferior a 1. Mantel-Haenszel 3.938  $p = 0.047$  no sig. con gl (1) confirma que las variables no están relacionadas pero un OR = 0.310 (0.109<0.310<0.881) nos indica que el riesgo entre los sujetos (A) de padecer este Trastorno es

de 0.31 frente a 1 de los (NA) y con IC (95%) un RR = 1.676 (1.103<1.676<2.547) nos dice que la probabilidad de encontrar (NA) con este Trastorno es 1.67 veces mayor que entre los (A).

#### 8.14. MEDICACIÓN.

En ambos casos es mayor el porcentaje de personas que toman medicación. En los (A) el porcentaje es menor 65,79% que en los (NA) que suponen un 76,32%. De los que no toman medicación el porcentaje más elevado es para los (A) con un 59,09% mientras que para los que sí toman medicación el porcentaje más elevado es para los (NA) con un 53,70%. Sin embargo el riesgo estimado con IC (95%) no difiere significativamente y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y la ingesta de medicación. No obstante, se observa que las personas (A) son reacias a tomar medicamentos ya que dicen reconocer la causa de su dolencia como externa a ellos.

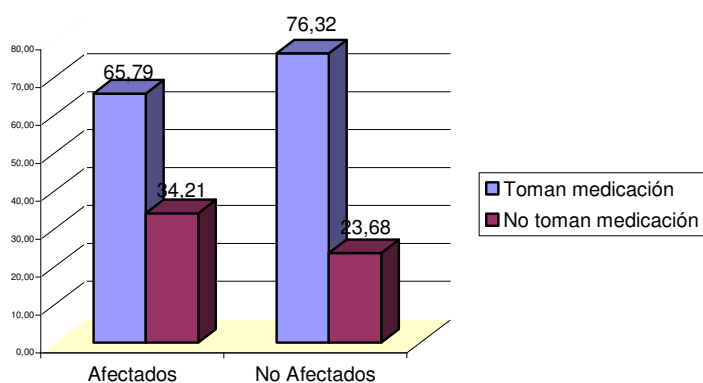


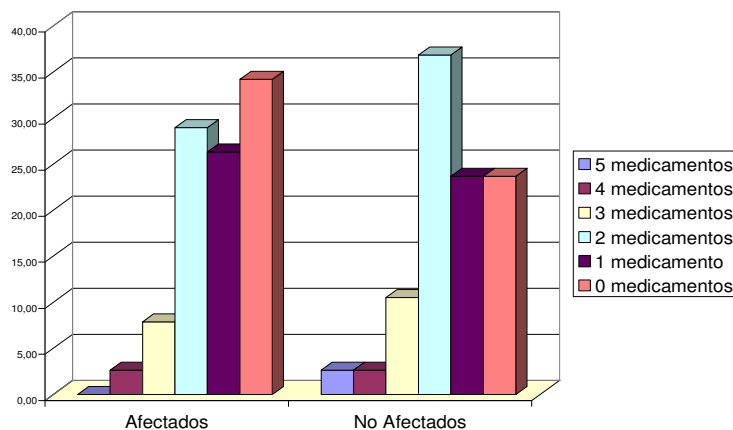
Figura 66.- Medicación

Los (A) ingieren mayor porcentaje que los (NA) en cualquiera de los tipos de medicamentos. El 64% de los casos (A) toman antiestresores, el 61,90% ansiolíticos y el 58,82% antidepresivos mientras que en los (NA) el porcentaje es 41,18% antidepresivos, 38,10% ansiolíticos y 36% antiestresores, respectivamente. Sin embargo el riesgo estimado con IC (95%) no difiere significativamente y Fisher o Mantel-Haenszel, según el caso, confirman que las variables son independientes y no están relacionadas. No existe relación entre el hecho de ser o no (A) y el tipo de medicación.

**Tabla 34.- Tipo de medicamentos.**

TIPO DE MEDICAMENTOS	Afectados	No Afectados
Antidepresivo	58,82	41,18
Antiestresor	64,00	36,00
Ansiolítico	61,90	38,10
Varios	80,00	20,00

Respecto al número de medicamentos que ingieren, el 34,21% de los (A) no toma medicación, el 28,95% toma dos medicamentos y el 26,32% un medicamento, respectivamente. En el caso de los (NA) un 36,84% toma dos medicamentos.



**Figura 67.- Número de medicamentos**

Capítulo 8. Comparación entre muestras de Afectados y No Afectados

De las personas que no toman ningún medicamento el 59,09% es (A) y el 40,91% (NA) pero con IC (95%) no existe diferencia significativa entre ambos grupos y Mantel-Haenszel confirma que las variables son independientes y no están relacionadas, de los que ingieren un medicamento el 52,63% son (A), el 56% y 57,14%, de los que ingieren dos y tres respectivamente, son (NA).

**Tabla 35.- Número de medicamentos.**

	Afectados	No Afectados
5 medicamentos	0,00	100,00
4 medicamentos	50,00	50,00
3 medicamentos	42,86	57,14
2 medicamentos	44,00	56,00
1 medicamento	52,63	47,37
0 medicamentos	59,09	40,91

**8.15. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS.**

**Tabla 36.- Conductas de mobbing autoinformadas.**

Conductas de mobbing autoinformadas * (A)					
C1	14	C17	17	C33	1
C2	15	C18	19	C34	16
C3	10	C19	1	C35	26
C4	12	C20	19	C36	20
C5	5	C21	15	C37	17
C6	10	C22	30	C38	14
C7	17	C23	12	C39	8
C8	6	C24	16	C40	7
C9	1	C25	15	C41	5
C10	12	C26	21	C42	6
C11	2	C27	17	C43	13
C12	9	C28	5	C44	5
C13	3	C29	14	C45	0
C14	20	C30	4	C46	15
C15	14	C31	9		
C16	2	C32	8		

A través de una tabla personalizada de doble entrada procedemos al recuento de las conductas de mobbing autoinformadas

cuyos resultados últimos se muestran en la tabla anterior, dado el tamaño de la tabla original no se ha podido incluir en los Anexos. Los valores del estadístico F, significativo con gl (1) y sus niveles de significación observados para cada una de las conductas de mobbing autoinformadas nos hacen concluir que las variables estudiadas no son independientes y están relacionadas, se confirma la relación entre recibir este tipo de conductas y ser (A), salvo en las seis variables reseñadas en gris (C9: Negarle la utilización del transporte común para desplazamientos del equipo, C11: Asignación de trabajos sin sentido, C13: Trabajos por debajo de su capacidad, C16: Dejarle sin ningún tipo de trabajo, C19: Alternancia entre sobrecarga y ausencia de trabajo sin causa justificada, C33: Daños a la propiedad) en las que los resultados muestran que no existe diferencia significativa, son independientes y no existe relación entre el hecho de ser (A) y recibir este tipo de conductas. Los resultados detallados pueden consultarse en la Tabla de Anova en los Anexos.

#### **8.16. DURACIÓN DE LA EXPOSICIÓN.**

La probabilidad que los (A) no reciban este tipo de conductas durante 6 meses o más es con IC (95%), significativamente inferior a 1. Fisher  $p = 0.000$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $RR = 0.136$  ( $0.065 < 0.136 < 0.287$ ) nos dice que la probabilidad de encontrar (A) que no reciban este tipo de conductas durante 6 meses o más es 0.13 veces menor que entre los (NA).

Capítulo 8. Comparación entre muestras de Afectados y No Afectados

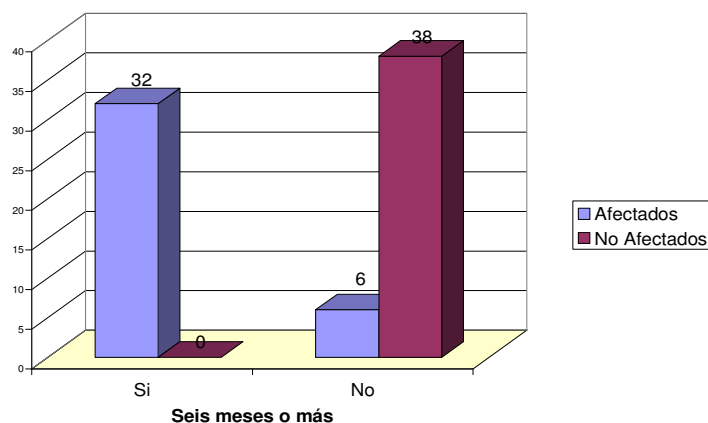


Figura 68.- Duración de las conductas

8.17. FRECUENCIA DE LAS CONDUCTAS.

La probabilidad que los (A) reciban las conductas de mobbing una o más veces por semana es con IC (95%), significativa. Fisher  $p = 0.000$  sig. con gl (1) confirma que las variables están relacionadas y un  $RR = 10.500$  ( $4.134 < 10.500 < 26.670$ ) nos dice que la probabilidad de encontrar (A) que reciben este tipo de conductas una o más veces por semana es 10.50 veces mayor que entre los (NA).

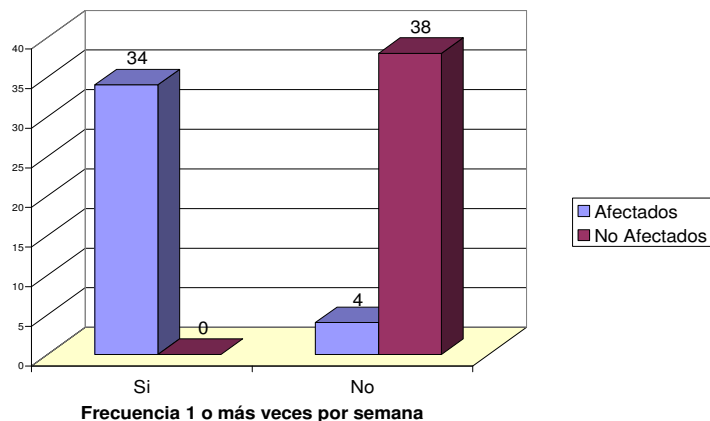


Figura 69.- Frecuencia de las conductas

## 8.18. INTENCIONALIDAD DE LAS CONDUCTAS.

Los resultados de chi-cuadrado = 72.103 p = 0.000 sig. con gl (2) muestran que existe asociación significativa entre las variables y que están relacionadas con el hecho de pertenecer al grupo (A). Los residuos tipificados corregidos nos ayudan a interpretar con precisión el significado de la asociación detectada y muestran que existe una proporción significativamente más alta en la intencionalidad con que reciben las conductas de mobbing (más que el resto de sus compañeros) y las situaciones de violencia en el trabajo (igual que sus compañeros) los (A) que los (NA) (7,2 y 2,6 frente a -7,2 y -2,6 respectivamente).

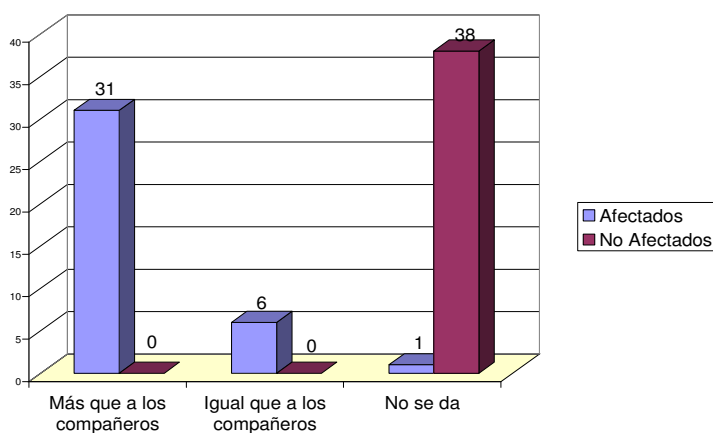


Figura 70.- Intencionalidad de las conductas

## 8.19. DIRECCIONALIDAD DE LAS CONDUCTAS.

Los resultados de chi-cuadrado = 68.400 p = 0.000 sig. con gl (6) muestran que existe asociación significativa entre las variables y que están relacionadas con el hecho de pertenecer al grupo (A). Los residuos tipificados corregidos muestran que existe una proporción

significativamente más alta en la direccionalidad con que reciben las conductas de mobbing, descendente (de un superior), horizontal (de un compañero) y mixta descendente/horizontal (de un superior y compañeros) los (A) que los (NA): (5,2 2,8 y 2,6 frente a -5,2 -2,8 y -2,6 respectivamente).

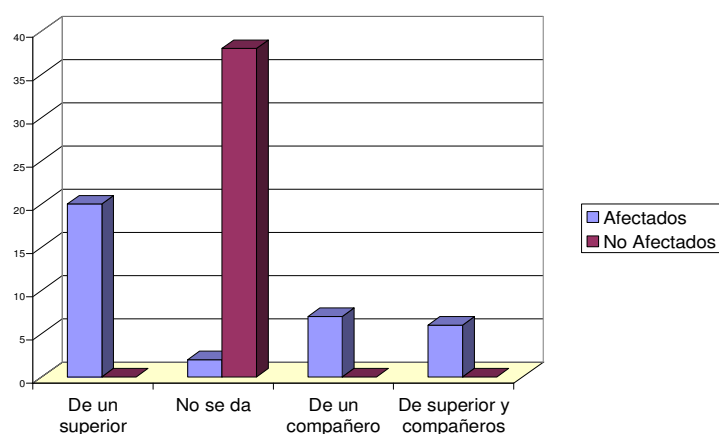


Figura 71.- Direccionalidad de las conductas

## 8.20. SUCESO DESENCADENANTE O AGRAVANTE DE LA CONDUCTA.

Los resultados de chi-cuadrado = 76.000 p = 0.000 sig. con gl (4) muestran que existe asociación significativa entre las variables y que están relacionadas con el hecho de pertenecer al grupo (A). Los residuos tipificados corregidos muestran que existe una proporción significativamente más alta en que concurra un suceso desencadenante o agravante de las conductas en los (A) que los (NA) y esto puede ser debido a: cambios en la organización, cambios a nivel personal, por incorporación a la organización, o no se ha producido ningún cambio que justifique la aparición de dichas conductas, (4,5 2,8 2,1 y 3,6 frente a -4,5 -2,8 -2,1 y -3,6 respectivamente).

Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores nocivos en su ambiente laboral

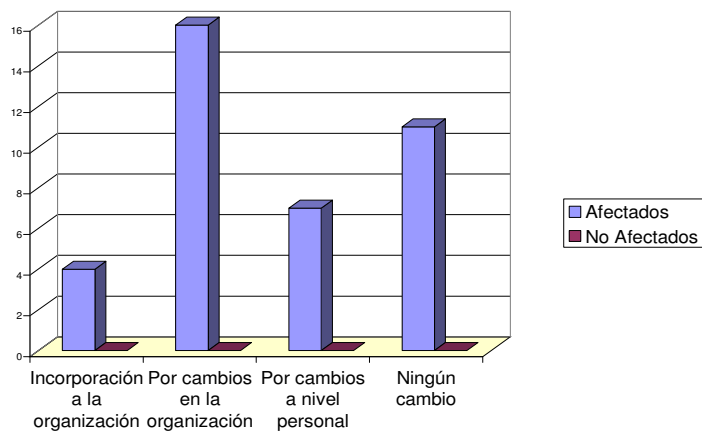


Figura 72.- Suceso desencadenante o agravante de la conducta.

## **ÍNDICE FIGURAS**

### **CAPÍTULO INTRODUCTORIO**

Figura 1. Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales	9
Figura 2.- Definición de Mobbing	34
Figura 3. Nosología del Mobbing	37
Figura 4. Daños a la salud	43
Figura 5. Tratamiento Jurídico	52

### **CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA**

Figura 6.- Organización de la investigación	113
---	-----

### **CAPÍTULO 5. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA**

Figura 7. Derivados por Mutuas de Accidente de Trabajo	133
Figura 8. Grupos de Edad	134
Figura 9. Género	134
Figura 10. Estado Civil	135
Figura 11. Sector de la Actividad	135
Figura 12. Puesto de Trabajo	136
Figura 13. Antigüedad	137
Figura 14. Motivo de consulta	139
Figura 15. Diagnóstico Médico y/o Psiquiátrico	141
Figura 16. Días de Baja	142
Figura 17. Días de baja/Género	142
Figura 18.- Duración de la exposición en meses	147
Figura 19. Frecuencia de las conductas: una o más veces por semana.	148
Figura 20. Intencionalidad de la conducta	149
Figura 21. Direccionalidad de la conducta	149
Figura 22. Suceso desencadenante o agravante de la conducta	150
Figura 23. Variables de Mobbing	151
Figura 24. Tipos de Medicación	155
Figura 25. Medicación más recetada	156

## **CAPÍTULO 6. CASOS AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS.**

Figura 26.- Derivación casos afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral	161
Figura 27.- Género	162
Figura 28.- Estado Civil	162
Figura 29.- Sector de Actividad	163
Figura 30.- Puesto de Trabajo	164
Figura 31.- Antigüedad (años)	164
Figura 32.- Motivo de consulta	165
Figura 33.- Diagnóstico médico y/o psiquiátrico	166
Figura 34.- Días de baja	167
Figura 35.- Duración de las conductas (meses)	198
Figura 36.- Frecuencia de las conductas	198
Figura 37.- Intencionalidad de las conductas	199
Figura 38.- Suceso desencadenante o agravante de la conducta	201
Figura 39.- Medicación	201
Figura 40.- Tipo de medicamentos	202
Figura 41.- Medicamentos por persona	203
Figura 42.- Medicación recetada	204

## **CAPÍTULO 7. CASOS NO AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS**

Figura 43.- Grupos de edad	207
Figura 44.- Género	208
Figura 45.- Estado Civil	208
Figura 46.- Sector Actividad	209
Figura 47.- Puesto de trabajo	210
Figura 48.- Antigüedad	210
Figura 49.- Motivo de consulta	211
Figura 50.- Diagnóstico médico y/o psiquiátrico	212
Figura 51.- Días de baja	213
Figura 52.- Casos que toman medicación	238
Figura 53.- Tipos de medicamentos	239

Figura 54.- Medicamentos por persona	239
Figura 55.- Medicación recetada	241

## **CAPÍTULO 8. COMPARACIÓN ENTRE MUESTRAS DE AFECTADOS Y NO AFECTADOS**

Figura 56.- Derivados por Mutua	246
Figura 57.- Grupos de edad	247
Figura 58.- Género	248
Figura 59.- Estado Civil	248
Figura 60.- Sector de actividad	250
Figura 61.- Puesto de trabajo	251
Figura 62.- Antigüedad	252
Figura 63.- Motivo de consulta	253
Figura 64.- Diagnóstico	255
Figura 65.- Días de baja	256
Figura 66.- Medicación	262
Figura 67.- Número de medicamentos	263
Figura 68.- Duración de las conductas	266
Figura 69.- Frecuencia de las conductas	266
Figura 70.- Intencionalidad de las conductas	267
Figura 71.- Direccionalidad de las conductas	268
Figura 72.- Suceso desencadenante o agravante de las conductas	269

## **ÍNDICE TABLAS**

### **CAPÍTULO INTRODUCTORIO**

Tabla 1.- DSM-IV	40
Tabla 2.- CIE-10	41

### **CAPÍTULO 5. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.**

Tabla 3. Motivo de consulta (MC).	137
Tabla 4. Diagnóstico (DG).	139
Tabla 5. Síntomas Psíquicos.	143
Tabla 6. Síntomas Físicos	143
Tabla 7. Resultados DSM-IV (Del 50 al 100% de los casos)	144
Tabla 8. Resultados DSM-IV (Del 30 al 50% de los casos).	144
Tabla 9. Resultados DSM-IV (Del 10 al 30% de los casos).	144
Tabla 10. Resultados CIE-10	145
Tabla 11. Conductas de Mobbing (Del 20 al 40% de los casos).	146
Tabla 12. Conductas de Mobbing (Del 10 al 20% de los casos).	146
Tabla 13. Antidepresivos.	153
Tabla 14. Antiestresores.	153
Tabla 15. Ansiolíticos.	154
Tabla 16. Hipnóticos.	154
Tabla 17. Varios.	155

### **CAPÍTULO 6. CASOS AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS.**

Tabla 18.- Grupos de Edad.	161
Tabla 19.- Sintomatología Manifiesta.	167
Tabla 20.- DSM-IV	169
Tabla 21.- CIE-10	185
Tabla 22.- Conductas de Mobbing (más del 25% de los casos)	196
Tabla 23.- Conductas de Mobbing (más del 20% de los casos)	196
Tabla 24.- Conductas de Mobbing (más del 10% de los casos)	197
Tabla 25.- Direccionalidad de las conductas.	200
Tabla 26.- Ingesta de medicación por individuo (21 casos).	202

## **CAPÍTULO 7. CASOS NO AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS**

Tabla 27.- Sintomatología manifiesta.	213
Tabla 28.- DSM-IV.	214
Tabla 29.- CIE-10.	228
Tabla 30.- Ingesta de medicación por individuo (31 casos).	240

## **CAPÍTULO 8. COMPARACIÓN ENTRE MUESTRAS DE AFECTADOS Y NO AFECTADOS**

Tabla 31.- Sintomatología manifiesta	257
Tabla 32.- DSM-IV.	259
Tabla 33.- CIE 10.	261
Tabla 34.- Tipo de medicamentos.	263
Tabla 35.- Número de medicamentos.	264
Tabla 36.- Conductas de mobbing autoinformadas	264

## **CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

Tabla 37.- Perfil demográfico-laboral	281
Tabla 38.- Perfil diagnóstico	282
Tabla 39.- Perfil CVM (Conflicto, Violencia, Mobbing)	282
Tabla 40.- Factores psicosociales nocivos	283
Tabla 41.- Valoración del alcance del daño producido	284
Tabla 42.- Tratamiento jurídico	284
Tabla 43.- Síndrome Psicosocial en el trabajo “SPT”	285

## **FE DE ERRATAS**

Con el fin de mejorar la cita del capítulo 1 de la Tesis doctoral “Descripción y clasificación de pacientes afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral” de la Dra. M. Ángeles Carrión García y a efectos que no haya lugar a equívocos, los párrafos que se citan a continuación están extraídos de Acosta, M. Carrión, M.A. González, F. Franco, S. (2006) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 140-157). Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, tal como consta en las referencias bibliográficas de la citada tesis doctoral.

### **1.1. INTRODUCCIÓN.**

“El presente capítulo tiene como propósito analizar el tema de la violencia en el trabajo, especialmente la violencia interpersonal denominada acoso moral” (Acosta, Carrión, González & Franco, 2006), psicoterror laboral o mobbing (Barón, 2001; Piñuel, 2001, 2002; Arribas, 2002; Carrión, 2002; Fuertes y Alonso, 2002; Alonso, Peris y Fuertes, 2003; Blanco, 2003; De la Gándara y Alvarez, 2003; Di Martino, Helge y Cooper; 2003; Ausfelder, 2004; Acosta, 2005). “Bajo el razonamiento de que dicha manifestación que profana la integridad física y mental de los trabajadores tiene, entre sus fuentes de subsidio más importantes, una relación muy estrecha en el vínculo globalización de las economías y el denominado ajuste organizacional” (Acosta, y otros, 2006).

“Dicho análisis nos conducirá a la necesidad de referirnos a una tipología de la violencia en el trabajo que nos permita distinguir y definir muy claramente en dónde posicionar al acoso moral” (Acosta, y otros, 2006), psicoterror laboral o mobbing (Carrión, 2002),

“precisar cuál es su naturaleza e identificar a sus protagonistas” (Acosta, y otros, 2006).

“Asimismo, describiremos el proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas. Donde partiremos de la conceptualización del acoso como un proceso de desgaste psicosocial y precisaremos cómo se convierte en un atentado contra la integridad mental de los trabajadores” (Acosta y otros, 2006).

## **1.2. LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO**

### **1.2.1. Concepto.**

La Organización Mundial de la Salud - OMS define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (WHO, 1996). Mientras que para el *Health and Safety Executive* del Reino Unido la violencia en el lugar de trabajo se define como “todo incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo. Los agresores pueden ser pacientes, clientes o compañeros de trabajo” (MSF, 1993). (Acosta, y otros, 2006, p. 138-139) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 140-157).

Según los datos expresados por Krug (2003) en el I<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud auspiciado por

la OMS, la violencia en el trabajo es una de las principales causas de muertes y lesiones en muchas partes del mundo. El Informe señala que en los Estados Unidos de Norteamérica la violencia en el trabajo ocupa el segundo lugar como causa de muerte, mientras que en los países de la Unión Europea se estima que cerca de 3 millones de trabajadores han sido presa de la violencia física en sus lugares de trabajo. (Acosta, y otros, 2006, p. 139) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 140-157).

Según datos de la OMS, en Colombia el porcentaje de trabajadores fallecidos por homicidio en su sitio de trabajo fue del 2.6% en 2000 y las víctimas de agresiones no mortales fue del 6% en el mismo año (Rodríguez, et al, 2003). (Acosta, y otros, 2006, p. 139) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 140-157).

También se reporta que en la Argentina el 6.1% de los trabajadores y el 11.8% de las trabajadoras revelaron haber sufrido algún tipo de agresión. Y el 16.6% de las mujeres dieron cuenta de incidentes de carácter sexual durante 1995. En Bolivia, el 0.4% de los trabajadores y el 0.9% de las trabajadoras sufrieron agresiones. El 1.3% de las mujeres fueron víctimas de algún tipo de incidente sexual durante 1996. En Costa Rica, el 0.8% de los trabajadores y el 1.4% de las trabajadoras sufrieron agresiones, mientras que el porcentaje de mujeres que sufrieron incidentes sexuales fue del 2.2% (OIT, 1998). (Acosta, y otros, 2006, p. 139) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 140-157).

En un estudio sobre la magnitud y la repercusión económica de la violencia en seis países latinoamericanos realizado entre 1996 y 1997 auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo, Buvinic y Morrison (1999) reportaron que los costos que generaba la violencia alcanzaba el 1.9% del producto interno bruto (PIB) en Brasil, 5.0% en Colombia, 4.3% en El Salvador, 1.3% en México, 1.5% en Perú y 0.3% en Venezuela (Buvinic, 1999). (Acosta, y otros, 2006, p. 139) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 140-157).

Según los datos que recoge el Libro Blanco sobre riesgos sociales en la Administración, en España, más del 21% de los funcionarios de la Agencia Tributaria (AEAT) y la Intervención General del Estado (IGAE) están en situación técnica de acoso psicológico en el trabajo o “mobbing” siendo más prevalente en el caso de los hombres (22,44%) que en el de las mujeres (19,84%), el 7% de las víctimas ha pensado en el suicidio como solución, y el 10% de los contribuyentes son considerados acosadores en el trato con estos empleados (Europa Press, 2004).

“Sin embargo los costos de la violencia en el lugar de trabajo no sólo son económicos. Krug (2003) clasifica los costos implicados en costos directos, costos indirectos y costos intangibles”. (Acosta, y otros, 2006)

“Los costos directos se expresan en:

- Accidentes;
- Enfermedades;
- Discapacidad y muerte;

- Absentismo;
- Recambio del personal”.

(Acosta, y otros, 2006)

“Los costos indirectos se manifiestan a través de:

- Mengua del rendimiento en el trabajo;
- Descenso de la calidad de los productos o el servicio y una producción más lenta;
- Disminución de la competitividad”.

(Acosta, y otros, 2006)

“Y, por último, los costos intangibles repercuten en:

- Accidentes;
- Daño a la imagen de la institución;
- Mengua de la motivación y la moral de los empleados;
- Menor lealtad a la institución;
- Niveles inferiores de creatividad;
- Un ambiente que no propicia el trabajo (Krug, 2003)”

(Acosta, y otros, 2006)

Es importante precisar que la denominada violencia en el trabajo no sólo se expresa en atentados contra la corporalidad de quienes la sufren, sino que incluye, de acuerdo a la *Northwestern National Life Insurance Company*, “el acoso (acto de crear un ambiente hostil mediante palabras, acciones o contactos físicos molestos que no tengan como consecuencia un daño físico); las *amenazas* (manifestaciones de la intención de causar un daño físico), y las *agresiones físicas* (ataques

violentos, con o sin uso de armas)” (Lawless, 1993). (Acosta, y otros, 2006, p. 140) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

El acoso moral es considerado como una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir y a las que se puede someter a un ser humano en situaciones sociales cotidianas. La razón estriba en que consiste en “ser objeto de agresión por los miembros de su propio grupo social”. Lo curioso del cuadro es que ocurre en organizaciones estructuradas y en instituciones conservadoras, con fuertes vínculos e identidades compartidas entre sus miembros (Pedreira, 2001).

Según los datos del *The Workplace Bullying & Trauma Institute* (Namie, 2000) en una encuesta realizada a finales del año 2000, el 16.8% de la población de trabajadores estadounidenses sufre o ha sufrido de acoso en el trabajo. Soares (2002) menciona, en su estudio realizado en la comunidad de Montreal, que en Canadá el 10.9% de los trabajadores vivían, en el momento en que realizó su investigación, alguna situación de acoso moral, un 18% lo ha vivido en los últimos 12 meses y un 6.1% ha sido testigo de algún acto de hostigamiento psicológico. (Acosta, y otros, 2006, p. 140-141) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Di Martino, Helge y Cooper (2003) señalan que en los países que actualmente conforman la Unión Europea existe una prevalencia del 9% de trabajadores violentados psicológicamente, siendo Finlandia la nación con un mayor porcentaje de casos reportados con el 15%”. (Acosta, y otros, 2006).

El I<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que: “en investigaciones efectuadas en el Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo y 78% han presenciado dicho comportamiento. En Sudáfrica, las agresiones en el lugar de trabajo se han notificado como algo anormalmente elevado y un estudio reciente mostró que 78% de los encuestados habían experimentado en algún momento intimidación en el lugar de trabajo” (Krug, 2003). (Acosta, y otros, 2006, p. 141) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Según los resultados obtenidos en el Análisis factorial confirmatorio del inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo IVAPT-PANDO (Carrión, López y Preciado, 2007) y su adaptación española IVAPT-E-R (Carrión, López, Pando, 2007), la ocurrencia de estas conductas violentas se pueden considerar en tres niveles: como **testigo** cuando la persona manifiesta no haberlas padecido, pero sí observado en otros compañeros; en **general** cuando exponen hallarse ante una situación que padecen tanto ellos como sus compañeros, y como **acoso psicológico en el trabajo** cuando dicen recibirla ellos más que el resto. El 77.8% (441) de los participantes señalan ser testigo de conductas de violencia psicológica en su trabajo a un nivel bajo; el 11.4% (65) a un nivel medio y finalmente el 10.8% (61) a un nivel alto. La exposición general a situaciones de violencia en el entorno laboral se manifiesta en un 20.2% (115) de los participantes a nivel bajo; el 2.5% (14) a nivel medio y el 77.2% (438) a nivel alto. El acoso psicológico expresado por los trabajadores a nivel bajo es de 76.72% (435), a nivel medio 6.87% (39) y el 2.65% (15) expresan padecerlo a nivel alto, mientras que el 13.76% (78) indican no recibir este tipo de conducta.

Como se puede ver existen estudios que ilustran la magnitud de la violencia psicológica en el lugar de trabajo. En Latinoamérica, aunque ya se empieza a discutir sobre el tema, aún no existen datos consistentes derivados de trabajos de investigación. Ello deviene de un interés extemporáneo de los especialistas en salud en el trabajo sobre el tema, mas no sólo es eso. También podríamos sugerir que la manifestación de la violencia en general, y por consecuencia la expresada en el lugar de trabajo, tiene otras aristas que condicionan su no oficialización en cifras y datos duros. Rosenberg y Mercy (1993) mencionan, entre otros motivos, la aceptación cultural de la violencia, la ausencia de un procedimiento de denuncias, el temor a la culpabilización o a las represalias y la falta de interés por parte de la empresa. (Acosta, y otros, 2006, p. 141) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Además, por la naturaleza e implicaciones sociales que conlleva la violencia en el trabajo, el acceso a los datos epidemiológicos varía significativamente entre países, pues como ya se mencionó líneas arriba, aunque la violencia en el trabajo sea un fenómeno globalizado, no existe uniformidad entre naciones, ni en la capacidad para abordar el comportamiento violento y sus repercusiones en la integridad mental, ni en la generación de datos fidedignos sobre el tema. (Acosta, y otros, 2006, p. 141) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Así, sea un interés asincrónico de los especialistas, sean atavismos culturales o un franco desinterés de los empleadores, todos

estos motivos representan un impedimento real” (Acosta, y otros, 2006).

### **1.2.2. La globalización de las economías.**

“A nadie en sano juicio le resultará ajeno comprender que la globalización de las economías es una estrategia financiera de la que todos los países del orbe forman parte, ya sea voluntaria o involuntariamente”. (Acosta, y otros, 2006)

En apego estricto a la historia, la globalización que hoy vivimos es una versión actualizada de acuerdos económicos internacionales precedentes. Más con la diferencia de que el formato global vigente obedece a una lógica que Amin (2001) califica como una mundialización de naturaleza polarizante y que trae como resultado una enorme desigualdad entre las naciones afiliadas según sea su rango de participación en dicha aventura mercantil. (Acosta, y otros, 2006, p. 142) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Para Samir Amin, la lógica que impera en la mundialización actual es la de las “políticas antisistémicas de desconexión” (Anim, 2001) lo que significa que los países con un magro nivel de desarrollo económico se enfrentan ante la imposibilidad irreversible de aspirar a alcanzar el bienestar económico y social para sus ciudadanos y, al mismo tiempo, se les condiciona a una adhesión irremediable a dicha estrategia perversa so pena de quedar excluidos, paradójicamente, de cualquier posibilidad de desarrollo. (Acosta, y otros, 2006, p.

142) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Pero nos preguntaremos ¿qué tiene que ver la mundialización económica y el trabajo y qué articulación tiene con la violencia psicológica escenificada en los entornos laborales?” (Acosta, y otros, 2006)

La respuesta es simple. La globalización ha derivado en la sobreconcentración de la riqueza en los países hegemónicos (entiéndase Estados Unidos de Norteamérica y los países integrantes de la Comunidad Europea, principalmente.) y, por ende, como lo cita Petras (2002), ningún país periférico (inclúyanse a todos los países latinoamericanos) tiene posibilidad alguna de competir ante las potencias de este bloque económico. Así, “el argumento liberal de que el libre comercio, *expresión genuina de la mundialización económica*, incrementará la "competitividad" de las economías del Tercer Mundo es falso, dado que existe una concentración tan desigual del poder económico *ante* las compañías estadounidenses y europeas *que el camino al desarrollo social y el bienestar de los países periféricos está lejos de convertirse en una realidad.*” (Acosta, y otros, 2006, p. 142-143) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Por otra parte, en lo que se refiere al escenario laboral, la mundialización de la economía provoca una severa segmentación del mercado de trabajo, esto se refleja en una serie de desajustes y complicaciones en el empleo, el ingreso y las relaciones entre trabajadores y empleadores. (Acosta, y

otros, 2006, p. 143) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

También es importante señalar la imponente tendencia a la feminización de la violencia en el trabajo como consecuencia de la migración. Según el libro, *¡Género! Pacto entre iguales*, publicado por la OIT (2000) “la migración y el tráfico humano... existen porque hay un mercado, mantenido por una demanda de consumo, y porque en algunas partes del mundo la feminización de la pobreza, la falta de acceso a los recursos y los crecientes índices de desempleo y de inseguridad económica han aumentado la masa de posibles candidatos tanto a la migración como a ser objeto de tráfico” lo que tiende a perpetuar los actos de violencia hacia las mujeres. (Acosta, y otros, 2006, p. 143-144) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Por otra parte, Hirigoyen (2001) utiliza los términos de *cinismo del sistema y perversidad del sistema* para describir formas de organización promotoras de la violencia psicológica en la modalidad de acoso moral. En sendos procedimientos las empresas se valen de “la manipulación y la mentira para obtener un mayor rendimiento de sus asalariados y aumentar sus cifras”. Dichos actos, sin duda, estimulan más que la cooperación entre los trabajadores, la rivalidad y el encono. De esto a la violencia psicológica no hay ni un solo paso. (Acosta, y otros, 2006, p. 144) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Para Blanco (2003), el acoso moral representa una más de las caras del neoliberalismo y de la sociedad global donde la carrera por la obtención rápida del beneficio lleva a las empresas a prescindir de los trabajadores que no consideran útiles adoptando fórmulas crueles de alternativa al despido

En fin, la mundialización a pesar de sus “*bondades*” tiene como atributos la exclusión y la justificación de la desigualdad, tanto entre naciones como en poblaciones, condición que incuba el infortunio de la violencia. Ya Krug lo menciona en el 1<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, “las sociedades con niveles elevados de desigualdad, donde la brecha entre ricos y pobres se ensancha más como resultado de la globalización, probablemente sufran un aumento de la violencia interpersonal” (Krug, 2003). (Acosta, y otros, 2006, p. 144) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

### **1.2.3. Una tipología de la violencia y su expresión psicológica en el trabajo.**

En la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el año de 1996 en Ginebra, la violencia fue declarada como un asunto de salud pública, de ello emanó la necesidad de enunciar una tipología de la violencia en la que se pudieran caracterizar sus diferentes tipos y la relación entre éstos. (Acosta, y otros, 2006, p. 144) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Así, la violencia es dividida en tres categorías generales:

- La violencia autoinflingida
- La violencia interpersonal
- La violencia colectiva”

(Acosta, y otros, 2006)

En este trabajo sólo abordaremos la violencia interpersonal en su modalidad de violencia comunitaria que “es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar” (Krug, 2003) (Acosta, y otros, 2006, p. 144) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“De esta suerte, la violencia psicológica en el lugar de trabajo está inscrita en la expresión interpersonal y es concebida de dos formas:

- Amedrentamiento
- Intimidación y hostigamiento”

(Acosta, y otros, 2006)

Conforme al Comunicado de Prensa de la OIT CE 132/22 (2003), el amedrentamiento en el lugar de trabajo cada vez es más frecuente y “se trata de todo comportamiento ofensivo de un miembro del personal que, mediante actos revanchistas, crueles, malintencionados o humillantes, busque debilitar la condición de otro trabajador o de un grupo de trabajadores”. (Acosta, y otros, 2006, p. 145) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Tal podría ser el caso de generar dificultades al compañero de trabajo que destaque en el desempeño de sus funciones; el que un superior se dirija sistemáticamente a un subordinado por medio de gritos; la imposición por parte del "amedrentador" de sus puntos de vista como única manera correcta de realizar las tareas; la negativa del "amedrentador" a delegar responsabilidades argumentando que nadie merece su confianza; la mortificación a otros miembros del personal con críticas negativas incesantes o privar de responsabilidades a los trabajadores que muestren grandes competencias o aptitudes profesionales (*ídem*, pág 2). (Acosta, y otros, 2006, p. 145) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

La intimidación y hostigamiento se define como los comportamientos que un grupo de trabajadores ejerce sobre otro trabajador y que van desde “la repetición de comentarios negativos sobre una persona o las críticas incesantes en su contra; "hacer el vacío" a un trabajador, desalentando todo contacto social con éste; o la propagación de chismes o de información falsa acerca de la persona que se quiere perjudicar” (*ídem*, pág. 3). (Acosta, y otros, 2006, p. 145) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Una vez caracterizada la violencia en el lugar de trabajo, dispongámonos a concentrar nuestro análisis en el acoso moral”. (Acosta, y otros, 2006)

### **1.3. ¿QUÉ ES ACOSO MORAL EN EL TRABAJO?**

El concepto de acoso moral en el trabajo ha surgido de definiciones precedentes sobre la violencia psicológica en el trabajo. Heinz Leymann fue uno de los primeros especialistas en el tema y denominó como psicoterror laboral (Leyman, 1990) a toda comunicación hostil e inmoral que se dirige de una manera sistemática por uno o más individuos, principalmente hacia un compañero de trabajo que, debido a ello, es empujado a una posición de indefensión que le impide continuar eficientemente con sus actividades laborales. (Acosta, y otros, 2006, p. 146) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Mientras que para Dejours (1999), “el acoso moral es un cuadro clínico específico de alienación social en el trabajo. Dicho cuadro lleva a la marginación extrema, a la pérdida de identidad del sujeto que lo sufre. La alienación social es el resultado de presiones psíquicas que surgen de la organización del trabajo sobre el sujeto. Ya sea el modo de gestión y evaluación o el estilo de dirección en la empresa”. (Acosta, y otros, 2006, p. 146) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Einarsen y Skogstad (1996); Leymann (1996); Zapf et al. (1996) y Zapf (1999) definen el acoso en el trabajo como “un tipo extremo de estresor social. Se distingue de los estresores “normales” por su larga duración y por estar dirigido “especialmente” a una persona en particular”. (Acosta, y otros, 2006, p. 146) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Hirigoyen (2001) señala que el acoso moral en el trabajo es principalmente un rechazo a la alteridad que se manifiesta por una intencionalidad perversa *consciente o inconsciente* de causar daño. Hirigoyen define al acoso moral en el trabajo “como toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud, etc.) que atenta, por su repetición o sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo” (*ídem*, pág. 19). (Acosta, y otros, 2006, p. 146) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Así, el acoso moral en el trabajo es un asedio comunicacional, un cuadro clínico específico de alienación social en el trabajo, un estresor social y un rechazo a la alteridad que es generado por la organización social del trabajo a través de un *intrínquis complementario* conformada por el sistema de trabajo, uno o varios acosadores y un acosado. La principal característica de este cuadro clínico es su reiteración y sistematicidad, lo que provoca en las víctimas un “sentimiento de haber sido maltratadas, despreciadas, humilladas, rechazadas”. (*ídem*, pág. 17) (Acosta, y otros, 2006, p. 146-147) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

De lo anterior se deriva la naturaleza *moral* del acoso, pues el objetivo de éste es generar en la víctima un vacío que poco a poco le va minando la salud y le reduce a un simple objeto, blanco de la violencia y víctima de las decisiones que su empleador decida tomar. (Acosta, y otros, 2006, p. 147)

Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

La Real Academia Española (2006), en su avance para la vigésima tercera edición de su Diccionario de la Lengua Española, señala como artículo enmendado:

“Acoso.

1. *m. Acción y efecto de acosar.*

2. *m. Taurom. Acosamiento a caballo, en campo abierto, de una res vacuna, generalmente como preliminar de un derribo y tianta.*

~ **moral**, o ~ **psicológico**.

1. *m. Práctica ejercida en las relaciones personales, especialmente en el ámbito laboral, consistente en un trato vejatorio y descalificador hacia una persona, con el fin de desestabilizarla psíquicamente.*

~ **sexual**.

1. *m. El que tiene por objeto obtener los favores sexuales de una persona cuando quien lo realiza abusa de su posición de superioridad sobre quien lo sufre.”*

Piñuel (2002) caracteriza la naturaleza del acoso en el trabajo en la intencionalidad que conlleva el menoscabo y deterioro de la capacidad laboral que se intenta provocar en la víctima. Es decir, para este autor los comportamientos de acoso generalmente tienen una finalidad específica “poder... eliminar a la víctima más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización”. (Acosta, y otros, 2006, p. 147) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

En fin, el acoso moral en el trabajo sería así, una estrategia que no se funda en la simple rivalidad interpersonal sino que puede estar vinculado a una maniobra institucional que tenga como fin forzar la salida “voluntaria” de un trabajador. Con dicha determinación una empresa estaría en la inmejorable situación de rehuir el pago de la indemnización que correspondiera legalmente al implicado. Mas es necesario evitar, en este rubro, cualquier generalización, pues no es ésta la única modalidad en que puede darse el acoso moral. Existen otras formas que se concentran principalmente en las disputas generadas exclusivamente entre los trabajadores, lo que de ninguna manera exime a la empresa en su co-responsabilidad ante el tema. (Acosta, y otros, 2006, p. 147) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Ya Piñuel (2001) lo refiere así: “el acoso laboral no es un problema tan sólo del individuo o del perverso acosador que lo desencadena, sino todo un signo o síntoma de que las cosas no marchan bien en la manera de organizar el trabajo, de asignar las cargas del mismo, de seleccionar o promocionar a los directivos clave, o bien en lo que respecta a los valores, la cultura y el estilo de *management* científico”. (Acosta, y otros, 2006, p. 147) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Otro de los aspectos importantes a resaltar sobre el tema es lo concerniente al vínculo que el acoso moral tiene con el poder, específicamente en su modalidad relacional. (Acosta, y otros, 2006, p. 147) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Uriz (1994) señala que las organizaciones funcionan como entornos donde los individuos ejercitan su capacidad de *poder hacer*; imagen primordial de todo sujeto que se construye, tanto al reconocer en los otros dicha capacidad, como en el que esta misma le sea concedida por aquellos. De esto depende que las organizaciones den origen a dos distintos tipos de relaciones de poder: de dominación y de cooperación. (Acosta, y otros, 2006, p. 148) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“El acoso moral en el trabajo tiene su escenario en las relaciones de dominación. Expliquemos brevemente esta conjetura”. (Acosta, y otros, 2006)

“Todo individuo, en cualquier contexto, ya no se diga el laboral, se ve en la necesidad de interactuar con otros individuos. Puede hacerlo de dos maneras; percibiendo a los otros como colaboradores o visualizarlos como adversarios”. (Acosta, y otros, 2006)

Cuando un sujeto discrimina a los otros como oponentes, éste se trueca en un agresor potencial y se echa a andar un proceso a través del cual la amenaza se configura como una consecuencia probable resultante de dicha interacción. De ello deriva en que un acosador recurra a la agresión como instrumento que, lejos de cualquier utilidad biológica primaria, caracterizada por una confrontación física directa, reviste un interés más subjetivo: eliminar la fuente de la amenaza. Es decir, aniquilar simbólicamente al otro.

(Acosta, y otros, 2006, p. 148) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Así, el acosador pone en marcha una agresión que se dirige “contra todo obstáculo que entiende puede oponerse al logro de sus objetivos, independientemente de la actuación actual o previsible del mismo. No responde a una agresión previa o prevista, sino a la decisión del *acosador* de ocupar un lugar en el que se encuentra el agredido” (Uriz, 1994). (Acosta, y otros, 2006, p. 148) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Es decir, cuando una organización laboral promueve la competencia entre sus asociados, le abre la puerta a la agresión como práctica cotidiana. Le tiende un puente en el que pueden transitar fluidamente todo tipo de reacciones emocionales que exponen, tanto a sus emisores como a sus receptores, a una lucha intestina por la obtención de un sitio de privilegio. Un sitio de poder. (Acosta, y otros, 2006, p. 148) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

De esta forma no es difícil identificar que el proceso del acoso moral responde a una especie de subsidio organizacional que da salida a lo que Uriz denomina como “las estructuras mentales básicas” (*idem*, pág. 70) del sujeto. Estructuras que se caracterizan por su inmediatez de respuesta y no necesariamente por su prudencia. Así pues, éste es el soporte psíquico del acoso moral: la agresión y la dominación. (Acosta, y otros, 2006, p. 148-149) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

De tal suerte, el acoso moral debe ser abordado desde una óptica que sancione a la mundialización como una estrategia económica que facilita y permite las relaciones asimétricas entre naciones, y cuya consecuencia indiscutible es la instauración de la dominación como un esquema relacional implícito y “aceptado” por y en las organizaciones. En conclusión, el binomio estrategia económica - asimilación organizacional no es un escenario muy propicio para la generación de prácticas sociolaborales que tengan a buen recaudo la integridad mental de los trabajadores. (Acosta, y otros, 2006, p. 149) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Prosigamos ahora a exponer sucintamente cómo se emplaza el proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas”. (Acosta, y otros, 2006)

Es importante destacar que, por su naturaleza relacional, el acoso moral es indiscutiblemente un proceso de desgaste psicosocial. Además, como lo expusimos líneas arriba, el contexto que facilita el acoso en el trabajo es aquel donde permean las relaciones de dominación; escenario donde se verifica el vínculo infalible para el emplazamiento de esta calamidad moral: el vínculo agresión – poder. (Acosta, y otros, 2006, p. 149) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Pero, ¿cómo se instala dicho proceso? Veamos dos explicaciones distintas, una centrada en la percepción individual y otra en la alienación social. (Acosta, y otros, 2006)

Valette (2001), retoma la postura de Leymann quien señala que los prolegómenos del acoso son más bien conflictos cotidianos que generalmente son resueltos por las partes involucradas. De no ser así, y generalmente después de seis meses de lucha sin fortuna, la instalación del acoso se da con la ruptura del equilibrio psíquico de la víctima. (Acosta, y otros, 2006, p. 149-150) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Según Leymann, esto se expresa de manera muy similar a las reacciones del tipo postraumáticas que se caracterizan por: fijación del trauma, intrusiones, re-exposición compulsiva al trauma, evitación y embotamiento, incapacidad de modular el grado de alerta, capacidad de procesar información y cambios permanentes en la personalidad. (Acosta, y otros, 2006, p. 150) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Después de esto, Leymann señala que la hostilidad sentida por la víctima es tal, que le surge un sentimiento de negación del derecho al trabajo. Es a partir de aquí que el acosado intenta resistirse a acudir a trabajar y, de asistir, se torna cada vez más incompetente en su ejercicio. Situación inmejorable para justificar su cese o despido laboral. (Acosta, y otros, 2006, p. 150) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Para Dejours (Citado por Valette *op. cit* pág. 5) el proceso del acoso es consecuencia de la alienación social y consta de las siguientes fases” (Acosta, y otros, 2006):

1. “Es consecutivo a una posición de inconformidad de un individuo que, al vencer su miedo, entra en rebelión contra la dominación simbólica que realiza la administración” (Acosta, y otros, 2006)
2. “Se comete una injusticia contra el sujeto en rebelión, más a pesar de ello no recibe ninguna muestra de solidaridad de sus compañeros de trabajo”. (Acosta, y otros, 2006)
3. “El movimiento de indignación y rebelión naciente con el sujeto, en vez de crear en los otros la emoción colectiva y solidaria, aísla todavía más al sujeto”. (Acosta, y otros, 2006)
4. “La pasividad, la indiferencia y la inercia de los compañeros, con relación a la dominación y sumisión simbólica, exasperan todavía más al sujeto”. (Acosta, y otros, 2006)

Es a partir de entonces que empieza a manifestar comportamientos extraños. Así, el sujeto, solo y estigmatizado, sostiene una relación crítica con la realidad del trabajo. Relación muchas veces justificable. A fin de cuentas, este distanciamiento se convierte en el principal atentado contra su identidad. (Acosta, y otros, 2006, p. 150) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Como podemos observar, el proceso del acoso moral es mucho más complicado que un simple problema de interrelación, tiene un vínculo indisoluble con las formas de gestión organizacional y se caracteriza por la dominación y sumisión de una de las partes en conflicto”. (Acosta, y otros, 2006)

“Veamos ahora cuáles con las repercusiones que el acoso moral genera en la salud mental de quienes lo sufren”. (Acosta, y otros, 2006)

Según los datos reportados por la Fédération Générale du Travail de Belgique (2002) una de las principales repercusiones que el acoso moral genera en la integridad mental de la víctima provienen de sus efectos acumulativos. Pues mientras el acosador está en viabilidad de planear y decidir cuándo llevar a cabo un nuevo embate contra la víctima, ésta tendrá que mantenerse hipervigilante ante tal posibilidad. Así, mantener el estado de alerta necesario para repeler o esquivar cualquier agresión se convierte en una pesada carga, necesaria, durante mínimo 8 horas por jornada. (Acosta, y otros, 2006, p. 151) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Al cabo de unos días, la víctima se puede quejar de dolor de cabeza, malestares estomacales o intestinales, temblores, transpiración profusa, taquicardia y tensión e insomnio. Conforme la situación de acoso se mantenga, alrededor de 6 meses según los expertos, la mayor parte de las víctimas sufren del síndrome de estrés postraumático. (Acosta, y otros, 2006, p. 151) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Si la delación del acoso no se concreta, Leymann (*op. cit.*) afirma que, después de 18 meses de estar sometido al psicoterror laboral, la víctima desarrolla el *desorden general de angustia* caracterizado por” (Acosta, y otros, 2006):

- Afectaciones de tipo muscular como: temblores, dolor muscular, inquietud y fatiga.
- Hiperactividad del sistema nervioso autónomo expresada en: necesidad de aire, palpitaciones del corazón, pulso rápido, sudoración en las manos, sequedad en la boca, vértigo o desvanecimiento, malestares gastrointestinales, cambios súbitos en la temperatura corporal, gran necesidad de orinar y el sentir un nudo en la garganta.
- Hipervigilancia e hipersensibilidad: sentirse alterado, hiperactividad ante estímulos externos, dificultad para concentrarse, dificultades para conciliar y mantener el sueño e irritabilidad.  
(Acosta, y otros, 2006, p. 151) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Para Hirigoyen (Valette *op. cit idem* pág. 4), las víctimas de acoso moral sufren una descomposición en tres aspectos:

- Psicosomático”  
(Acosta, y otros, 2006)

Lo que no se puede expresar verbalmente se manifiesta a través del cuerpo. Estos problemas no resultan solamente de la agresión, sino, sobretodo, de la incapacidad de hacerles frente, pues los afectados piensan que estarían equivocados al intentarlo, ya que se asumen como culpables de lo que les sucede. (Acosta, y otros, 2006, p. 151-152) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

- Estados depresivos mayores que pueden llevar al suicidio.
- Formas de comportamiento caracterizadas por pasajes de ira en los sujetos más impulsivos. Estas respuestas son tentativas vanas del acosado por hacerse entender. Ya sea por una expresión pública de una crisis de nervios, o bien por un acto agresivo dirigido a hacia su victimario.  
(Acosta, y otros, 2006, p. 152) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Por otra parte, Piñuel (2001) señala que, además de estrés postraumático los efectos psicológicos en las víctimas de acoso son:

- El estrés por coacción continuada
- El síndrome de fatiga crónica”  
(Acosta, y otros, 2006)

El estrés por coacción continuada, según Piñuel, (2001) “recoge buena parte de las características que el *DSM IV* atribuye al síndrome de estrés postraumático” y son:

- Exposición a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazadora.
- Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

(Acosta, y otros, 2006, p. 152) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Una de las dos:

- Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del período de exposición al agente estresante

- Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:

- Dificultad para conciliar el sueño

- Irritabilidad

- Dificultad de concentración

- Facilidad para distraerse

- Sobresaltos y aprensión exagerados

- Los criterios B, C y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante

(Acosta, y otros, 2006, p. 152-153) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Respecto al síndrome de fatiga crónica, Piñuel (2001) destaca su presencia durante 6 meses o más, la exclusión de otras causas físicas o psíquicas, cansancio que no desaparece con el descanso y la presencia al menos de cuatro de los siguientes síntomas: pérdida de memoria, dolores musculares, dolores en las articulaciones, inflamación de la garganta, inflamación de los nódulos linfáticos en nuca y axilas, cefaleas y malestar y agotamiento más de un día después de un esfuerzo. (Acosta, y otros, 2006, p. 152) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

Antes de concluir con este apartado, es importante mencionar que la última y más cruenta repercusión que el acoso moral en el trabajo puede ocasionar es el suicidio. Ya desde los estudios que realizó Leymann consideró que uno de cada cinco suicidios en Suecia tenía como causa al acoso moral en el trabajo. (Acosta, y otros, 2006, p. 153) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“En, fin. El tema del acoso moral es bastante complejo lo que implica la imperiosa necesidad de abordarlo de manera ordenada y sistemática”. (Acosta, y otros, 2006)

Por otra parte, también es importante apelar a nuestra capacidad creativa para que, una vez que contemos con evidencias obtenidas a través de estudios serios y metodológicamente bien inducidos, logremos generar, a pesar de los exiguos recursos económicos disponibles, estrategias que atenúen y prevengan el acoso moral en el trabajo. (Acosta, y otros, 2006, p. 153) Factores psicosociales y salud mental en el trabajo (pp. 138-157).

“Ello no sólo nos permitirá escudriñar buenas prácticas para su control y manejo, sino que nos posibilitaría enmarcar a la violencia psicológica en el trabajo y, específicamente el acoso moral, en una dimensión que se ajuste a cada una de nuestras realidades nacionales”. (Acosta, y otros, 2006).

## **INDICE GENERAL**

### **CAPÍTULO INTRODUCTORIO**

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Antecedentes	5
2. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.	6
3. CALIDAD Y PREVENCIÓN.	11
4. CLÍNICA Y PREVENCIÓN.	13
5. PSICOLOGÍA SOCIAL Y PREVENCIÓN.	16
6. JUSTIFICACIÓN DE TESIS DOCTORAL.	20
7. MOBBING: ANTECEDENTES.	24
7.1. Conductas de Mobbing.	32
7.2. Mobbing: Sintomatología.	35
8. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES.	37
8.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.	38
8.2. código de clasificación de trastornos mentales. CIE-10.	41
9. MOBBING: TRATAMIENTO JURÍDICO.	44

### **PARTE I: FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **CAPÍTULO 1. MOBBING**

1.1. INTRODUCCIÓN.	57
1.2. LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO	57
1.2.1. Concepto.	57
1.2.2. La globalización de las economías.	63
1.2.3. Una tipología de la violencia y su expresión psicológica en el trabajo.	66
1.3. ¿QUÉ ES ACOSO MORAL EN EL TRABAJO?	68

#### **CAPÍTULO 2. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES**

2.1. INTRODUCCIÓN	83
2.1.1. Historia y contexto	83
2.2. DSM-IV	85

2.2.1. Diagnóstico a través del DSM-IV	86
2.2.2. Inconvenientes.	86
2.3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	87
2.3.1. Inconvenientes.	88
2.4. CLASIFICACIÓN.	89
2.5. RESOLUCIONES JUDICIALES.	89

### **CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO JURÍDICO**

3.1. INTRODUCCIÓN.	95
3.2. ANTECEDENTES.	95
3.3. CONCEPTO JURÍDICO DE ACOSO MORAL.	96

## **PARTE II: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA**

4.1. OBJETIVOS DEL TRABAJO	105
4.1.1. CDP – Clasificación Diagnóstica Psicosocial.	105
4.2. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.	105
4.3. CLASIFICACIÓN DE CASOS.	114
4.4. DESCRIPCIÓN DE CASOS.	114
4.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.	114
4.5.1. Variables demográficas y laborales de la muestra (VDL)	114
4.5.2. Variables diagnósticas (VDG)	115
4.5.3. Variables de Conflicto, Violencia en el Trabajo y Mobbing (VCVM)	120
4.6. MÉTODO.	124
4.6.1. Procedimiento.	124
4.6.2. Muestra.	126
4.6.3. Instrumentos.	127
4.6.4. Diseño estadístico	127
4.6.5. Consideraciones éticas	128

## **PARTE III: RESULTADOS**

## **CAPÍTULO 5. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA.**

5.1. DERIVACIÓN.	133
5.2. EDAD.	133
5.3. GÉNERO.	134
5.4. ESTADO CIVIL.	135
5.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.	135
5.6. PUESTO DE TRABAJO.	136
5.7. ANTIGÜEDAD.	136
5.8. MOTIVO DE CONSULTA.	137
5.9. DIAGNÓSTICO.	139
5.10. DÍAS DE BAJA.	141
5.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.	143
5.12. DSM IV	144
5.13. CIE 10	145
5.14. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS.	145
5.15. VARIABLES DE MOBBING.	147
5.15.1. Duración de la exposición.	147
5.15.2. Frecuencia de las conductas.	147
5.15.3. Intencionalidad de las conductas	148
5.15.4. Direccionalidad de las conductas	149
5.15.5. Suceso Desencadenante o agravante de la conducta	150
5.16. MEDICACIÓN	152

## **CAPÍTULO 6. CASOS AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS.**

6.1. INTRODUCCIÓN.	159
6.2. DERIVACIÓN.	160
6.3. EDAD.	161
6.4. GÉNERO.	161
6.5. ESTADO CIVIL.	162
6.6. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.	163
6.7. PUESTO DE TRABAJO.	163
6.8. ANTIGÜEDAD.	164
6.9. MOTIVO DE CONSULTA.	165

6.10. DIAGNÓSTICO.	165
6.11. DÍAS DE BAJA.	166
6.12. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.	167
6.13. DSM IV	168
6.14. CIE 10	185
6.15. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS.	195
6.16. VARIABLES DE MOBBING.	197
6.16.1. Duración.	197
6.16.2. Frecuencia de las conductas: una o más veces por semana.	198
6.16.3. Intencionalidad de la conducta.	199
6.16.4. Direccionalidad de la conducta.	199
6.16.5 Suceso desencadenante o agravante de la conducta.	200
6.17. MEDICACIÓN.	201

## **CAPÍTULO 7. CASOS NO AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS**

7.1. DERIVACIÓN.	207
7.2. EDAD.	207
7.3. GÉNERO.	207
7.4. ESTADO CIVIL.	208
7.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.	209
7.6. PUESTO DE TRABAJO.	209
7.7. ANTIGÜEDAD.	210
7.8. MOTIVO DE CONSULTA.	211
7.9. DIAGNÓSTICO.	211
7.10. DÍAS DE BAJA.	212
7.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.	213
7.12. DSM IV	214
7.13. CIE 10	228
7.14. MEDICACIÓN.	238

## **CAPÍTULO 8. COMPARACIÓN ENTRE MUESTRAS DE AFECTADOS Y NO AFECTADOS**

8.1. DERIVACIÓN.	245
------------------	-----

8.2. EDAD.	246
8.3. GÉNERO	247
8.4. ESTADO CIVIL.	248
8.5. SECTOR DE LA ACTIVIDAD.	249
8.6. PUESTO DE TRABAJO.	250
8.7. ANTIGÜEDAD.	251
8.8. MOTIVO DE CONSULTA.	252
8.9. DIAGNÓSTICO.	254
8.10. DÍAS DE BAJA.	255
8.11. SINTOMATOLOGÍA MANIFIESTA.	256
8.12. DSM IV	258
8.13. CIE 10	261
8.14. MEDICACIÓN.	262
8.15. CONDUCTAS DE MOBBING AUTOINFORMADAS	264
8.16. DURACIÓN DE LA EXPOSICIÓN	265
8.17 FRECUENCIA DE LAS CONDUCTAS	266
8.18 INTENCIONALIDAD DE LAS CONDUCTAS	267
8.19 DIRECCIONALIDAD DE LAS CONDUCTAS	267
8.20 SUCESO DESENCADENANTE O AGRAVANTE	268

#### **PARTE IV: CONCLUSIONES**

#### **CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

9.1. DISCUSIÓN.	275
9.2. CONCLUSIONES	280
9.2.1. Perfil demográfico-laboral	281
9.2.2. Perfil diagnóstico	281
9.2.3. Perfil CVM (Conflicto, Violencia, Mobbing)	282
9.2.4. Factores psicosociales nocivos	283
9.2.5. Valoración del alcance del daño producido	283
9.2.6. Tratamiento jurídico	284
9.2.7. Síndrome psicosocial en el Trabajo “SPT”	285
9.3. VISIÓN DE FUTURO	286

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>289</b>
-----------------------------------	------------

**ANEXOS. “CDP” CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA PSICOSOCIAL 307**

## 1. INTRODUCCIÓN

Nuestra intención es que la presente línea de investigación proporcione 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.

La “CDP” facilita la valoración del daño psicosocial, determinando si estamos o no ante una situación de mobbing, violencia en el trabajo o conflicto. Así mismo los datos relevantes obtenidos a través de la “CDP” y su análisis por expertos, 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.

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.

En un primer **análisis exploratorio**, se procedió a la clasificación de los datos recogidos de los 77 casos, en tres grupos: *variables demográficas y laborales (VDL)*, *variables diagnósticas (VDG)* y *variables de conflicto, violencia en el trabajo y mobbing (VCVM)*, vaciando los datos de los expedientes a una hoja de vaciado de datos con el programa EpiInfo.

Este vaciado de datos nos ha permitido obtener, posteriormente, los **estadísticos descriptivos** y delimitar cada uno de los casos, perfilándose dos grupos (A) y (NA). En la presente investigación nos referimos a (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).

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. El perfil diagnóstico y el perfil CVM nos permite realizar la VDP (valoración del daño psicosocial) mediante la valoración de los factores psicosociales nocivos en el entorno laboral y los daños que éstos han producido tanto al bienestar, calidad de vida, salud física y/o mental y en el ámbito laboral con la presencia de una o más variables CVM, así como el grado de las secuelas producidas.

Para establecer la calificación de las secuelas derivadas de los factores psicosociales nocivos en el ambiente laboral, deben valorarse los factores psicológicos, médicos, jurídicos y laborales que concurren en cada caso concreto, con la finalidad de establecer el diagnóstico de

las lesiones sufridas, las secuelas finales y determinar las limitaciones para el desempeño de su trabajo considerando las tareas fundamentales o no de su trabajo habitual. Se debe proceder a la posterior tipificación jurídica de estas conductas para facilitar así la efectiva realización del peritaje y su correspondiente informe.

Así mismo, todos los datos expresados anteriormente, nos permiten mostrar la alteración del estado de la salud de los (A), **la nosología del mobbing** mediante el estudio de la clínica basada, en la agrupación de sus **signos** o manifestación objetiva de enfermedad o alteración de la salud, percibidos mediante examen físico y según la clasificación del DSMIV y CIE10, y **síntomas** significativos o percepción de cambio subjetivo que se puede reconocer como anómalo causado por estado patológico o enfermedad, nos llevan a establecer el cuadro nosológico de lo que hemos denominado ***Síndrome Psicosocial en el Trabajo “SPT”***.

Finalmente los resultados se organizan y se confecciona la “CDP” Clasificación Diagnóstica Psicosocial, un protocolo para que los profesionales de la salud (psicólogos, médicos y/o psiquiatras) puedan clasificar la información de los casos y detectar la presencia de datos significativos que pueden generarse ante la exposición a factores psicosociales negativos en el puesto de trabajo.

### **1.1. Antecedentes.**

La prevención de riesgos laborales de origen psicosocial y los posibles modelos de evaluación e intervención tanto organizacional como individual, en particular en lo que se refiere al “*psicoterror*

*laboral o mobbing*". (Leymann, 1990, 1993, 1996; Hirigoyen, 1999 y 2001; López y Camps, 1999), el ámbito de la Empresa desde la óptica y visión de la Ingeniería de la Organización y todo lo que ello conlleva, en la intervención desde diferentes perspectivas como procesos de calidad total, control de métodos y tiempos, gestión de los recursos humanos, análisis y valoración de puestos de trabajo, etc., proporcionan, sin duda alguna, un conocimiento amplio de las necesidades del Empresario, así como de los trabajadores y de los procesos que se encuentran implicados en esta interrelación.

Se pasa a desarrollar, a continuación, las bases en las que se asientan cada uno de los siguientes aspectos:

- Prevención de Riesgos Laborales (PRL)
- Calidad aplicada a la PRL
- Clínica aplicada a la PRL
- Psicología Social aplicada a la PRL

## **2. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**

Mediante la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, se establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Como contempla dicha Ley:

*“Este mandato constitucional conlleva la necesidad de desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo y*

*encuentra en la presente Ley su pilar fundamental. En la misma se configura el marco general en el que habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea que ha expresado su ambición de mejorar progresivamente las condiciones de trabajo y de conseguir este objetivo de progreso con una armonización paulatina de esas condiciones en los diferentes países europeos.”*

Esta declaración de intenciones en forma de disposición general se desarrolla y se lleva a la práctica desde cinco áreas fundamentales:

- **Seguridad:** Relacionada con las maneras de evitar el riesgo de accidentes.
- **Medicina:** Desde donde se efectúan las acciones para la vigilancia de la salud.
- **Higiene:** Su objetivo es encontrar mecanismos para evitar las enfermedades profesionales.
- **Ergonomía:** Dedicada a cómo aumentar la calidad de vida en el entorno laboral.
- **Psicosociología:** Se realizan acciones dirigidas a analizar las interrelaciones entre las diferentes áreas y la organización para obtener el equilibrio entre la persona, el equipo que utiliza y el entorno donde lo realiza.

*“Se da una ambigüedad de roles en las actuaciones de los profesionales de la psicología aplicada al trabajo. Debemos tener en cuenta quiénes pueden actuar desde el punto de vista de la*

*prevención: técnico básico, intermedio y superior. ¿Cuáles son sus papeles? ¿Cuál es el del psicólogo/a?” (López, 2002).*

Debe indicarse que en la redacción de la Ley 31/95 la Psicopsicología se presentó como una disciplina unida y sometida, por un extraño cordón umbilical, a la Ergonomía, estableciéndose como un cajón de sastre, repleto de ambigüedades, donde no quedaba definido cómo ni por quién debía efectuarse la detección, evaluación e intervención para la prevención de dichos aspectos.

Es necesario que a nivel legal se deje de considerar la Ergonomía y Psicopsicología Aplicada como una única materia y se efectúe la separación de ambas, quedando así finalmente establecidas las cinco áreas de actuación en la Prevención de Riesgos Laborales. Esto también daría paso a determinar la exigencia del nivel formativo y profesional en cada uno de los ámbitos.

En los once años transcurridos desde la aparición de la Ley, se ha ido delimitando, no sin muchas dificultades, el espacio que ha de ocupar cada una de estas disciplinas así como el profesional adecuado para su abordaje. Hay que tener en cuenta que se ha tenido que partir prácticamente de cero, desarrollando instrumentos y métodos para la detección y evaluación de los factores psicosociales y que son exigibles ciertas competencias para su aplicación e interpretación cuando pretendemos llegar con garantías de éxito a un correcto diseño de la intervención.

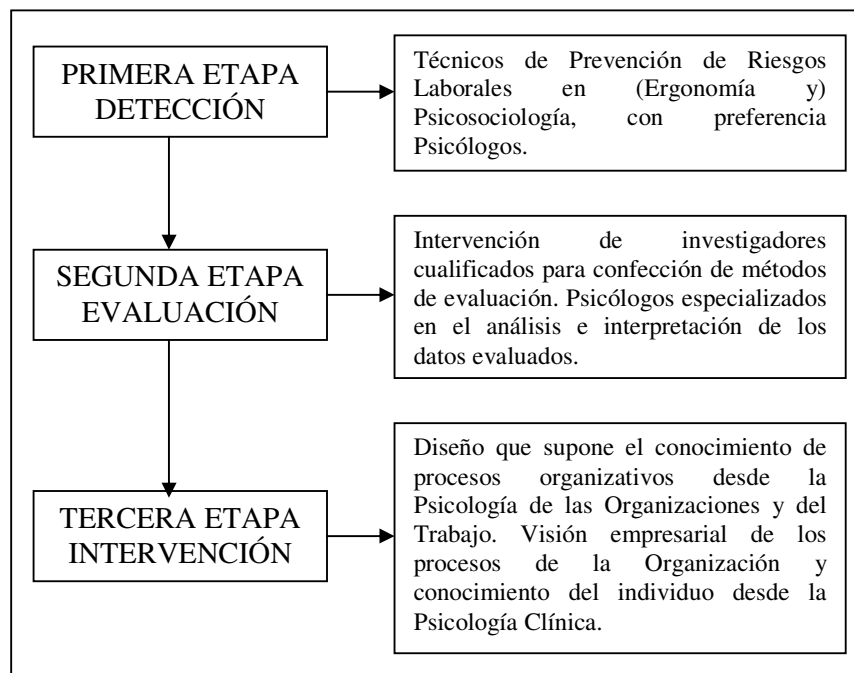


Figura 1. Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales

Como se señalaba anteriormente, en cada una de las etapas se hace necesario desarrollar la metodología e instrumentos adecuados para poder efectuar el trabajo con rigor. En este sentido, se han venido realizando en nuestro país diferentes estudios e investigaciones para la creación de instrumentos y procedimientos de evaluación de riesgos psicosociales basados principalmente en experiencias desarrolladas en Holanda (Schaufeli, 1999).

El modelo AMIGO (Peiró, 1999) “...distingue las facetas “hard” y “soft” de la organización, plantea una consideración dinámica del ajuste y de la congruencia organizacional, analiza la sintonía entre persona (o grupo) y organización no sólo en los aspectos relacionados con el sistema de trabajo sino en la globalidad organizacional mediante la consideración del concepto de contrato

*psicológico y ofrece una visión integral de los resultados que toma en consideración las demandas del suprasistema, el propio sistema y los subsistemas que lo configuran”.*

Así mismo, desde la Universitat Jaume I el equipo de investigación WONT (Work and New Technologies) ha desarrollado una batería de instrumentos de evaluación de riesgos que combina cuestionarios de autoinforme con la posibilidad de incorporar datos administrativos, denominada RED (Recursos, Emociones y Demandas Laborales) y una versión informática (RED.es) para su aplicación en la red. Permite proponer líneas de actuación en función de la valoración de resultados, orientadas a cambios en el ambiente de trabajo, cambios en la persona, y la interacción persona-trabajo (Schaufeli y Salanova, 2002).

El modelo de diagnóstico psicosocial (DiPsi) pretende constituir una estrategia para la evaluación e intervención global en la organización. El modelo se plantea a partir de un modelo de diagnóstico triangular donde se contempla una interacción de visiones o procesos en el ámbito individual, grupal y organizacional, sin descartar la visión contextual de la empresa y del puesto de trabajo (Tous, 2003, 2005).

El modelo “AEPA” de la Asociación de Expertos en Psicosociología Aplicada (Carrión, 2003, Carrión, González, López, Molina y Tous, 2003, 2004, 2005; Carrión y López, 2006), como protocolo para la intervención, contempla el análisis de las situaciones de riesgo y las necesidades de salud que pueden estar presentes en la realidad laboral, así como la identificación de los recursos existentes que ayudan a conseguir bienestar.

Dicho modelo se fundamenta en un sistema de información que trata de procurar implantar los cambios en la cultura preventiva psicosocial en la organización, procurando mantener una visión proactiva frente a los posibles problemas. Para ello se utilizan los mismos canales que han permitido implantar culturas de calidad o de respeto ambiental en la empresa. Posteriormente, se aborda la intervención en salud psicosocial paralelamente en los tres niveles de prevención conocidos: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

El modelo utiliza diversos métodos: DIPSI (Tous, 2003, 2005), IVAT-PANDO (Pando, 2005, Pando, Aranda, Preciado, Franco y Salazar, 2006), IVAPT-PANDO-E-R (Carrión, López y Preciado, 2006; Carrión, López y Pando, 2006), Factores Psicosociales del Instituto Navarro de Salud Laboral (Lahera, Góngora, 2002, 2006), ISTAS-21 (Moncada, Llorens, Kristensen, 2002), Factores Psicosociales, método de evaluación del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo INSHT (Martín y Pérez, 1997), entre otros, para evaluar los factores psicosociales y, a través de protocolos y metodología propia, se planifica la intervención posterior que tratará de corregir las actitudes y valoraciones cognitivas previas antes que estas se materialicen como conductas de riesgo. Así mismo promueve y fomenta el desarrollo del Programa “Empresas, Centros y Puestos de Trabajo Saludables” (Carrión, 2005)

### **3. CALIDAD Y PREVENCIÓN.**

Crosby (1982) introduce el programa de mejora de la calidad siendo uno de sus cuatro principios absolutos: “*El sistema de calidad es prevención.*”

En el modelo de intervención AEPA para la evaluación de factores psicosociales (Carrión y López, 2006), se utiliza la metodología de círculos de calidad desarrollada en el año 1960 por Ishikawa (1985, 1989), estos círculos se crearon con los siguientes objetivos:

- Contribuir al desarrollo y mejora de la empresa
- Fomentar el respeto mutuo y construir un ambiente de trabajo satisfactorio
- Desarrollar y aplicar al máximo las capacidades de las personas.

La calidad según expresó Juran (1990) no tiene uno sino múltiples significados. Como Calidad de Vida del Trabajador: Debemos dar a los trabajadores de todos los niveles de la organización, un clima organizacional óptimo, ya que de eso depende el buen desempeño de los trabajadores.

Entre los pasos que estableció Juran (1990) para controlar la calidad cabe destacar la necesidad de *“comprometer a los trabajadores en la obtención de una mayor calidad mediante programas de formación profesional, comunicación y aprendizaje”*.

Díez y López (1995) consideran el “clima laboral” como un reflejo de la “salud organizativa” de la empresa, estrechamente ligada a la “cultura empresarial”.

El clima social dará la medida del nivel de adhesión del personal a su trabajo y del grado de cohesión interna de la empresa, así como de la eficacia de la inserción de todos en una comunidad más amplia. Es un hecho comprobado que son las empresas y comunidades

que han conseguido un mayor grado de cohesión interna las que se desenvuelven con mayor éxito en el mundo moderno. (Castanyer, 1988).

#### **4. CLÍNICA Y PREVENCIÓN.**

De otra parte, la Psicología Clínica y el tratamiento de patologías de diversa índole, entre las que se cuentan las derivadas por cuestiones laborales, así como la aplicación del tratamiento terapéutico adecuado, proporcionan una visión profesional y cuidadosa en la evaluación y análisis de las características individuales que, aplicada a las patologías de origen laboral, permite realizar el diagnóstico con seguridad y rigor.

Todo ello teniendo en cuenta las técnicas y aplicaciones clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta (Macià y Méndez, 1988) y los modelos de trastornos, evaluación y tratamiento (Vallejo, 1998).

Existen múltiples instrumentos de evaluación sobre trastornos de ansiedad, depresión y habilidades sociales, desde el marco general de actividad de la terapia de conducta (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995).

La Medicina del Trabajo y la realización de informes periciales, permite que dichos conocimientos sean aplicados posteriormente en el ámbito de la Vigilancia de la Salud y la Prevención de Riesgos Laborales.

La “*vigilancia de la salud*” consiste en la recogida sistemática de los datos relativos a los distintos problemas específicos de 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).

Partiendo del concepto de Valoración del Daño Corporal, se observa la necesidad de la Valoración del Daño Psicosocial, para 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.

Roca (2005) se refiere respecto a la Valoración del Daño Corporal: usar el “*conocimiento acumulado*” por la práctica clínica añadiría fiabilidad científica a la actividad:

- Escalas, instrumentos o índices de evaluación clínica por patologías o por funciones.
- Criterios diagnósticos para medir calidad de vida en diversas circunstancias y funcionalidad
- Índices integrados como la evaluación multidimensional
- Conocimientos socio-culturales y psicológicos que consideren la vivencia subjetiva.

Por su parte, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1987) señalaba en su informe que tanto los índices de accidentabilidad como las incapacidades laborales,

el absentismo y las jubilaciones anticipadas son fenómenos que están relacionados u originados en experiencias de presión y tensión en el lugar de trabajo.

En el mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud, OMS en 1988 indicaba que desde los Servicios de Salud en el Trabajo deberían desarrollarse diferentes actividades como:

- Vigilancia de la Salud de los trabajadores y, en particular, diagnóstico precoz de los efectos negativos sobre la salud de los factores psicosociales.
- Actividades de investigación para identificar los problemas y sus posibles causas.
- Asesorar y sugerir modificaciones para disminuir los factores de riesgo psicosocial, aunando la vigilancia, investigación y práctica.
- Consulta individual de apoyo a los trabajadores.
- Atención clínica a los trabajadores afectados por enfermedades psicosomáticas.

Ya en 1984 el Comité Mixto Organización Internacional del Trabajo-Organización Mundial de la Salud (OIT-OMS) de Medicina del Trabajo estimaba que entre el 5 y el 10% de la población activa sufría trastornos graves debido a factores de estrés laboral. Así, *“entendemos por desgaste psíquico (...) una serie de sufrimientos que van desde la fatiga o la depresión, pasando por perturbaciones inespecíficas (insomnio, indigestiones, frigidez, dolores musculares, etc.) y que se producen o agravan en relación con situaciones de tensión psicosocial en el trabajo (OMS, 1984).”*

Durante el transcurso de un estudio sobre absentismo y motivación (López y Camps, 1999), se identificaron cuatro situaciones en las que dos hombres y dos mujeres estaban sometidos a un grado considerable de violencia psicológica y que mostraban síntomas, en principio, de naturaleza psicosomática, además de consecuencias poco recomendables para la organización. Así, eran comunes las múltiples ausencias (tanto justificadas como sin justificar), la disminución en su rendimiento, la pérdida del interés por su trabajo y por el resultado del mismo y una contribución considerable (opinión subjetiva basada en lo percibido) para lograr un clima laboral más pobre en el lugar en el que estaban trabajando.

Estos individuos cumplían con la definición de *mobbing*. Este es el único informe sobre un estudio documentado de casos y análisis de sus variables para poner en conocimiento del lector la experiencia habida con motivo de los casos de *mobbing* hallados a fin de que sea posible mejorar su práctica clínica al actuar con más información al respecto.

## **5. PSICOLOGÍA SOCIAL Y PREVENCIÓN.**

Asimismo, la Psicología Social y el trabajo con grupos, proporciona un conjunto de criterios para realizar la evaluación y el análisis de los procesos que se generan.

En primer lugar, se ha de tener en cuenta, como refieren McGrath y O'Connor (1996) que la conducta de los individuos y los grupos está afectada por el contexto físico y técnico, el medio social

donde se producen sus relaciones y las propias características individuales.

Por otro lado, los directivos deben conocer y comprender tanto teórica como prácticamente, los principios de la psicología de los grupos (Silva y Quijano, 1997).

*“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)

Díez, López y Roca (2004) observan que una organización donde predominen aspectos de cultura desorientada es una organización poco saludable, donde se constata la existencia de riesgos psicosociales.

El tratamiento de los factores psicosociales nocivos en el entorno laboral, teniendo en cuenta sus causas y efectos se puede dicotomizar en dos posturas antagónicas y en el rol que ha de jugar el psicólogo social, como dice Quijano (1987): “Se trata de negociar lo negociable y de llegar a acuerdos aceptables, por posibilistas y reales, que tengan en cuenta los intereses de todos.”

Hay que ser firmes a la hora de ayudar a las personas afectadas a enfrentar el problema porque, como dice López (1991), la huída es

## Introducción

---

una de las variables que implica una mayor pérdida de bienestar psicosocial y por lo tanto conlleva una reducción de la calidad de vida objetiva y percibida.

Calidad de Vida como concepto psicosocial unido a la mayor o menor satisfacción personal que el individuo experimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma (Argyle, 1992, citado en Martínez-Taboada y Palacín, 1997).

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).

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.

Los profesionales pueden ayudar a poner en marcha el grupo, difundir la noticia de su existencia a los interesados, actuar como

consultores, asumir responsabilidades, pero también pueden ayudar al grupo a llegar a ser independiente (Villalbí y Roca, 1989).

Meichenbaum (1994, citado en Villegas, 1997) refiere que, desde una perspectiva cognitivo-conductual, las ventajas potenciales de los tratamientos en grupo serían:

- a) Reexperiencia compartida de los traumas
- b) Reducción del aislamiento y provisión de un sentimiento de legitimidad, comunidad, comodidad y apoyo
- c) Reducción de los sentimientos de estigmatización, aislamiento, alienación
- d) Incremento del apoyo social
- e) Procesamiento de la tarea inacabada en un entorno de apoyo
- f) Actuación en un rol de ayudante y restauración del orgullo propio
- g) Disminución de la culpabilidad y la vergüenza e incremento del sentido de confianza
- h) Resolución de temas secretos. Importancia y necesidad de la apertura del individuo más allá del secretismo con el terapeuta.

Estos grupos pueden ser llamados de ayuda mutua (Barath y Csepeli, 1987) y tienden a agregar personas con problemáticas homogéneas.

Peiró en su artículo sobre estrés (2001) hace referencia a las emociones compartidas y la necesidad de considerar el clima emocional del colectivo de trabajadores en la organización ya que esto nos dará una excelente visión de los fenómenos grupales y de sus estrategias de afrontamiento.

## 6. JUSTIFICACIÓN DE TESIS DOCTORAL.

Se plantea el objetivo de la presente investigación, que surge por la necesidad de disponer de un protocolo de recogida y clasificación de datos que nos permita efectuar una correcta valoración de los daños a la salud provocados por la exposición a factores psicosociales nocivos en el entorno laboral y en particular en lo que se refiere al Acoso Psicológico o *Mobbing*.

*“La violencia verbal es una forma de agresión que no deja huellas visibles, comparables a las lesiones causadas por la violencia física.”* (Evans, 2000)

El acoso moral se desarrolla como un elemento propio de las condiciones de trabajo en los países desarrollados. (Blanco, 2003)

La violencia en el trabajo es una amenaza para la productividad y para el trabajo decente. La Organización Internacional del Trabajo (2004), en su repertorio de recomendaciones prácticas, se ocupa de las diferentes situaciones de violencia que pueden sufrir millones de trabajadores del sector de los servicios, tanto en los países industrializados como en las naciones en proceso de desarrollo.

Según informa Europa Press (2006), los datos aportados por el Secretario General de Empleo y el Director del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, demuestran que los nuevos riesgos psicosociales, categoría que engloba los sobreesfuerzos físicos, los traumas psíquicos, el estrés, el *mobbing*, la falta de estabilidad laboral o la movilidad en el puesto de trabajo, son responsables del 34,35% del total de los siniestros.

La violencia en el trabajo aumenta en todo el mundo y en algunos países alcanza niveles de epidemia, de acuerdo con una nueva publicación de la Organización Internacional del Trabajo (2006) que se refiere a prácticas como la intimidación, el hostigamiento sistemático o *mobbing*, las amenazas por parte de compañeros psicológicamente inestables, el acoso sexual y los homicidios. Un estudio realizado en el 2000 entre los entonces 15 miembros de la Unión Europea calculó que en España cerca de 22% de los funcionarios públicos eran víctimas de *mobbing*.

Recordemos que el *mobbing* es un amplio conjunto de estrategias de agresión y exclusión que se dan cada vez más a menudo en los centros de trabajo (Ausfelder, 2004).

La inestabilidad de muchos tipos de empleos que es característica de los tiempos actuales genera enormes presiones de distinta índole en el lugar de trabajo y vemos que estos signos de violencia aparecen cada vez con más frecuencia (Chappell y di Martino, 2006).

Una persistente falta de ayuda por parte de los demás (déficit afectivo) provoca un estrés cerebral o ineficacia cerebral que, a su vez, acaba produciendo enfermedades y trastornos de muy diversa tipología, dependiendo de factores tales como la predisposición genética, la cultura o los determinantes ambientales (González, Barrull, Pons y Marteles, 1998).

La 95ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT (2006) adoptó nuevos instrumentos laborales internacionales con normas y medidas sobre seguridad y salud laboral y sobre la

relación de trabajo. Unos 6.000 trabajadores mueren cada día a causa de enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo. Las nuevas medidas tienen como objetivo promover el desarrollo de una "cultura de seguridad".

Dada la poca información que existe y la necesidad, cada vez mayor, de tener referencias claras para la clasificación de pacientes expuestos a factores psicosociales nocivos como el "*psicoterror laboral o mobbing*", que es un problema muy grave donde no existen criterios claros de diagnóstico del daño que produce, para su clasificación, se plantea el estudio de los casos clínicos antes referidos con el fin de obtener datos significativos que ayuden a establecer el perfil clínico y psicosocial que presentan, para poder determinar si estamos ante un caso de *mobbing*. Se trata, sencillamente, de *aprender de la experiencia*. (Comisión Europea, 1999).

Por una parte, se tendrá en cuenta el concepto de acoso psicológico y las características que éste debe tener para ser considerado como tal, según está aceptado internacionalmente y, por otra parte, se analizará la sintomatología que presentan los casos siguiendo los Sistemas de Clasificación de Enfermedades: DSM-IV (APA, 1994) y CIE10 (OMS, 1995).

Un estudio de la OMS pone de manifiesto que, en Europa, sólo un 50% de la población activa tiene acceso a los servicios de la medicina del trabajo, lo que equivale a decir que 100 millones de trabajadores no se benefician de *ningún* servicio, y otros 100 millones disponen sólo de una cobertura elemental.

Aun así, según indica la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea (1999), parece que la mayoría de los servicios se refieren esencialmente a los riesgos para la salud *física* y solamente a medidas de seguridad. En el ámbito psicosocial queda mucho por hacer incluso en los países nórdicos, en cierta manera los primeros abanderados en esta lucha y donde ya se han emprendido algunas iniciativas.

Desde un enfoque biopsicosocial, en la enfermedad no sólo están involucrados los problemas orgánicos específicos sino que, además, existen importantes factores psicológicos y sociales que intervienen en el origen y en el curso de muchas enfermedades (González et al. 1998).

Como dice González (2002) para fomentar la cultura preventiva es necesario un cambio de actitudes y éste ha de ser un cambio para preservar la vida.

Vemos pues la necesidad de efectuar, con garantías de éxito, el Diagnóstico Clínico y Psicosocial que permita la evaluación de los trabajadores afectados por factores psicosociales nocivos en su entorno laboral, que proporcione los datos objetivos para un correcto informe pericial, así como diseñar el protocolo de intervención en la Empresa para la corrección de los factores psicosociales nocivos detectados.

También la propia Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea (1999) informa que podrían detectarse y tratarse los signos precursores de una enfermedad de modo que no se convirtieran en enfermedad declarada. Asimismo

podrían tomarse iniciativas del tipo «lugares de trabajo sanos» para la promoción de la salud.

Se debe tener en cuenta el ciclo de producción de la empresa en su totalidad, si se desea llevar adelante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de manera rentable. Este planteamiento debe estar integrado en el proceso de innovación, en este sentido, es más importante, optimizar parámetros vitales para los individuos y las compañías, que solamente evitar riesgos (Carrión, 2006).

De todos modos, se echa de menos un protocolo de actuación que sea interdisciplinar y en el que el médico, el psicólogo y el psiquiatra, actuando de forma colegiada puedan elaborar y establecer un diagnóstico adecuado y una consecuente pauta de actuación.

A través de la presente investigación se pretende confeccionar, a partir del estudio de casos reales, los elementos básicos de un protocolo que nos permita recoger datos significativos que se generan ante la exposición a factores psicosociales negativos en el puesto de trabajo y que nos facilite la valoración del daño psicosocial.

## **7. MOBBING: ANTECEDENTES.**

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, pp. 165-184).

El “*mobbing o psicoterror laboral*” no había sido descrito sistemáticamente antes de la investigación de 1982, que condujo a un pequeño informe científico escrito en el otoño de 1983 y publicado al principio de 1984 por el Comité Nacional Sueco de Seguridad y Salud Ocupacional de Estocolmo (Leymann y Gustafsson, 1984).

Leymann adoptó este término proveniente de la etología y de los estudios de Lorenz (1985) donde éste describía las conductas de ataque que ejercía un grupo de animales de la misma especie contra otro más fuerte que ellos.

Para acotar el término, dicho terror debe de comprender al menos una de las 45 formas de comportamientos amorales descritos por el Test de dicho autor, es decir, el “*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*” (LIPT) (Leymann, 1990), y:

**Debe ejercerse al menos una vez por semana y durante un período mínimo de 6 meses.**

Son muchas las aportaciones que se han hecho en los últimos años en relación al acoso moral o *mobbing*.

Los estudios estadísticos realizados en Puerto Rico (Soto, 2005), muestran que en el 48,8% de los casos el acosador es el Jefe o Supervisor, en el 50,2% la conducta más habitual es asignar tareas nuevas constantemente, en el 53,8% el efecto físico es la depresión y en el 71% la reacción fue de impacto negativo sobre la productividad.

Los trabajadores administrativos y de servicio del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (México) que resultaron afectados por el acoso moral en su trabajo están expuestos mayormente a estrategias que les limitan la comunicación. El rango porcentual de exposición a este tipo de estrategias osciló entre el 94 y el 83% de los afectados y con una intensidad de 2.00 a 1.50. Lo que quiere decir que esta práctica no sólo es frecuente sino que además se presenta con una intensidad considerablemente alta (Acosta, 2005).

En un estudio realizado en tres instituciones de Salud del Estado de Aguascalientes (México) del que la autora formó parte, el 5% de los trabajadores refieren recibir la agresión por parte de algún compañero de trabajo (Arellano et al. 2005).

(Arribas, 2002) Características propias del *mobbing*:

- Diferencias significativas entre dos partes
- Rechazo del otro - Exclusión
- Intereses
- Comportamiento inconsciente o patológico
- Ausencia de apoyo
- Es el riesgo de la soledad y la diferencia

Las estadísticas del estudio en Torino (Italia) de julio de 2000 a marzo de 2005 (Brigando, 2005) nos muestran que el mayor porcentaje confirma que el problema de origen es la entrada de un Jefe nuevo, el tipo del maltrato es la humillación y la antigüedad de 0 a 10 años en la empresa.

Se trata sobre todo de la manipulación de lo simbólico, por parte del acosador, convirtiéndose, por tanto, en un ataque a la quinta esencia del hombre, lo social (Alonso, Peris y Fuertes, 2003).

Por su parte, Peñasco (2005) advierte de que la Universidad es uno de los ámbitos más propicios para que se produzcan situaciones de *mobbing*, teniendo en cuenta que tiene una "poderosa estructura jerárquica". Así, por ejemplo, describe situaciones en las que se dificulta o se impide la participación en proyectos o se ejecuta un boicot a las tesis doctorales.

Como explican De la Gándara y Álvarez (2003), para que exista *mobbing* tiene que haber:

- *Acosado y acosador o acosadores.*
- *Conductas de acoso o ninguneo en el trabajo.*
- *Reiteración de las conductas de acoso.*
- *Percepción de dichas conductas como amenazantes o destructivas por parte de la víctima.*
- *Reacción defensiva desajustada, inadecuada o ineficaz.*
- *Repercusiones psíquicas, somáticas y sociales en la víctima.*
- *Consecuencias deteriorantes para el rendimiento y el porvenir laboral del acosado.*

En la prevención del psicoterror laboral o *mobbing*, los procesos implicados son:

- Organización del Trabajo
- Gestión de Conflictos
- Comunicación

La obtención de pruebas respecto a la rentabilidad económica de un elevado número de formas de intervención relativas a los factores contribuyentes a las enfermedades se ha realizado en una amplia gama de contextos geográficos y epidemiológicos de todo el mundo. Hasta el momento se han determinado los costes económicos (expresados en dólares internacionales) y los efectos (determinados en años de vida ajustados por discapacidad, DALY) esperados de las intervenciones farmacológicas y psicosociales clave respecto a la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno de angustia (Chisholm, 2005).

Son muchos los esfuerzos que se están realizando para el análisis y evaluación del *mobbing* que permitan establecer criterios válidos para su prevención.

El cuestionario (*IVAPT-PANDO*) (Pando, 2005; Pando, Aranda, Preciado, Franco y Salazar, 2006), ofrece tres evaluaciones por separado, la “presencia de violencia psicológica en el trabajo”, la “intensidad de la violencia psicológica” y la “presencia de acoso psicológico en el trabajo” como una categoría diferente de la violencia psicológica general.

En su adaptación española, el inventario IVAPT-E-R (Carrión, López y Preciado, 2007; Carrión, López, Pando, 2007) muestra que el 9.4% de prevalencia encontrada en este estudio confirma la cuestión formulada por Pando y otros (2006) que obtuvieron una prevalencia de 8.5% de víctimas de acoso laboral que quedaba dentro de los rangos reportados por otras investigaciones, más cercano a los extremos más bajos (4%) y no a los valores obtenidos por Leymann (1996) con 25%, Piñuel (2001) con 55% y Pando y otros (en prensa)

que reportó un 79.7% de trabajadores calificados como acosados evaluados con el LIPT (González de Rivera, 2003). El 9.6% de prevalencia de hombres sufren acoso psicológico en el trabajo a nivel medio y alto mientras que las mujeres presentan un 9.4%, no existiendo diferencia significativa por cuestión de género, confirmándose también los resultados obtenidos por Pando y otros (2006) en oposición a los publicados por Hirigoyen (2001) y Chiaroni y Chiaroni (2001).

Merino (2005) refiere que el análisis de redes sociales como medida preventiva contra el acoso moral en el lugar de trabajo, debe considerarse como un instrumento importante en la labor de evaluar la calidad de las relaciones sociales en el trabajo y, por lo tanto, actúa como instrumento eficaz y ventajoso a la hora de prevenir y evitar el acoso moral.

Parés (2005), por su parte, nos habla de la manipulación a través del lenguaje y parte de la idea de que el conocimiento y análisis de la comunicación paradójica en el acoso puede ser un mecanismo útil y muy económico para desenmascarar al acosador.

Piñuel (2002) en los informes Cisneros II y III sobre violencia en el entorno laboral, detalla los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Ninguneo, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales). El primero hace referencia a un total de 2.410 trabajadores en activo mayores de 18 años, de empresas y organismos públicos, de diferentes categorías y formación. El segundo informe se refiere al primer estudio monográfico sectorial (enfermería) efectuado en España en relación al *Mobbing*.

El Informe UMIST (Hoel y Cooper, 2000) realizado en el Reino Unido sobre una muestra general y no específica a un sector determinado de 5.300 personas, es metodológicamente muy riguroso.

En el II Informe Randstad (2003) se realiza un análisis comparativo entre los resultados obtenidos en los estudios del CISNEROS II y UMIST donde destaca que:

- Para el conjunto de la UE-15, según estudios diversos y muy heterogéneos, el acoso moral se podría mover alrededor del 4,5%.
- Para España se podría avanzar una cifra de acoso de alrededor del 3% de la población ocupada o, lo que es lo mismo, unos 480.000 trabajadores.
- En España, entre la población ocupada, un 1,3% de las mujeres y un 1,15% de hombres sufrirían acoso.
- El acoso por razón de edad no presenta grandes variaciones entre tramos aunque se observa un ligero porcentaje más alto en las personas más jóvenes.
- Los mandos jerárquicos son los principales acosadores, alrededor del 75% de los acosos registrados.
- Los compañeros de trabajo también participan en el acoso en alrededor del 20% de los acosos registrados.
- Los subordinados pueden ser acosadores en unas cifras que se mueven entre el 1-7%.
- Las víctimas del acoso se encuentran igualmente presentes en todos los niveles organizativos. Ser jefe no es garantía para no ser acosado.
- Las mujeres son también acosadoras aunque en menor proporción que los hombres. Esta menor proporción se explica

en parte por su menor presencia en la línea jerárquica. En el estudio de la UMIST un 36% de mujeres son acosadas exclusivamente por mujeres.

- Según el estudio de la UMIST el acoso ocurre en la mayoría de los casos a nivel de varias personas o grupo de trabajo (86.1%) y no sobre una sola persona (14,8%).
- El apoyo que da la organización o los colegas a los acosados es muy escaso. Un 80% de los acosados del informe CISNEROS asegura no haber recibido ningún tipo de ayuda o apoyo.

Ante una situación así, el personal médico de la empresa acostumbra a dar en esta fase un diagnóstico incorrecto: trastornos de personalidad, personalidad maníaco depresiva, paranoia... Como consecuencia de ello, la víctima queda totalmente aislada y pasa inexorablemente a un periodo de malestar general, debido a la alteración de su equilibrio socio-emocional y psico-fisiológico (Rodríguez, 2003).

Moreno y Rodríguez (2006) en su investigación sobre la valoración del daño psíquico y emocional en víctimas de acoso psicológico en el trabajo, realizada con una muestra de 366 participantes divididos en dos grupos, uno de 183 personas víctimas de acoso psicológico en el trabajo, que han solicitado ayuda a alguna de las asociaciones contra el acoso y un grupo control de 183 trabajadores no pertenecientes a ninguna asociación contra acoso y que manifestaban no sentirse acosados, concluyen que un alto porcentaje de personas cumplieron los criterios diagnósticos del TEPT (DSM-IV), con una prevalencia del 54,1% (aunque un 46,4% no cumplía con el criterio A.1. necesario para el diagnóstico del TEPT).

Observaron diferencias estadísticamente significativas entre género y todos los criterios diagnósticos del TEPT obteniendo las mujeres puntuaciones superiores (media = 11,01 DT= 4,43) a los hombres (media= 8,78 DT= 5). Refieren que los resultados confirman que el acoso psicológico constituye una situación de riesgo para padecer el TEPT.

La resolución del Parlamento Europeo sobre Acoso Moral en el Lugar de Trabajo advierte de que una de las más terribles formas de acoso moral son las falsas acusaciones de *mobbing* (García, Martínez, Alda y Gascón, 2005).

Como peritos se nos va a requerir para contribuir a dilucidar la veracidad o no de los hechos, para establecer la existencia y alcance del daño físico y/o psíquico, y finalmente para determinar si se puede afirmar que hay nexo causal con los hechos potencialmente constitutivos de acoso psicológico (Martínez, Gascón y Bolea, 2005).

Por todo ello es obvia la absoluta prioridad de poder establecer criterios claros que permitan la correcta valoración del daño psicosocial y que estén sustentados no en meras opiniones, sino en el estudio sistemático de casos y en la obtención de conclusiones estadísticamente fiables que nos lleven a un protocolo para efectuar el peritaje con garantías de objetividad.

### **7.1. Conductas de Mobbing.**

Para el presente estudio hacemos referencia a la definición de Hirigoyen (2001, p.19). El acoso moral en el trabajo se define como

*“toda conducta abusiva (ademán, palabra, comportamiento, actitud...) que atenta, por su frecuencia o sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de un trabajador, poniendo en peligro su puesto de trabajo o degradando el ambiente laboral”.*

Hirigoyen habla de cuatro tipos posibles de conductas hostiles: Aislamiento y negación de la comunicación, ataques contra las condiciones de trabajo, ataques contra la dignidad y violencia verbal, física o sexual. Estas conductas van:

Desde lo más directo	➔ Hasta lo más sutil
Injurias, insultos verbales	Cuestionamiento de las decisiones
Amenazas verbales, intimidaciones	Retención de información
Comentarios sexistas, racistas	Negación de la comunicación
Ademanes con connotación sexual	Ordenador bloqueado, teléfono cortado
Ridiculización en público	Rumores malintencionados, maledicencia
Burlas sobre alguna deficiencia o particularidad física	Ofensas contra la reputación
Ataques contra las creencias religiosas o las opiniones políticas	Omisión reiterada de informar sobre reuniones
Empujones o agresiones físicas mínimas	Críticas injustificadas sobre el trabajo

Como mencionó Hirigoyen (2004) en su conferencia sobre “El Acoso Moral en el Trabajo”: *“El acoso moral no es posible a menos que el contexto lo permita.”* Asimismo el acoso moral suele producirse a raíz de un cambio, bien en la organización, bien en la vida de la persona objeto del acoso.

Dice Hirigoyen (2004): *“Hasta ahora el acoso moral era moralmente discutible; en la actualidad es jurídicamente condenable.”* De este modo se ha reconocido el papel patógeno de determinadas situaciones laborales que podían provocar trastornos psíquicos.

Así mismo, en su adaptación española, el inventario IVAPT-E-R (Carrión, López y Preciado, 2007; Carrión, López, Pando, 2007) puede calificar además la presencia de tres tipos de conducta: *Manipulación para inducir al castigo (MIC)*, que agrupa 11 ítems que expresan la manipulación de situaciones en el trabajo para provocar errores o faltas que sean merecedoras de sanción; *Daños a la imagen pública (DIP)* con 5 ítems que enumeran comportamientos que inciden socialmente deteriorando la imagen del afectado y *Obstáculos al desempeño laboral (ODL)* con 6 ítems que engloban actuaciones tendentes a coartar la iniciativa, éxito y futuro profesional de la persona.

Por tanto, teniendo en cuenta todo lo anteriormente citado, en la presente investigación se clasificarán los casos afectados por *mobbing* y los que no, atendiendo al tipo de conductas manifestadas, la sistematización de las mismas, su duración e intencionalidad.

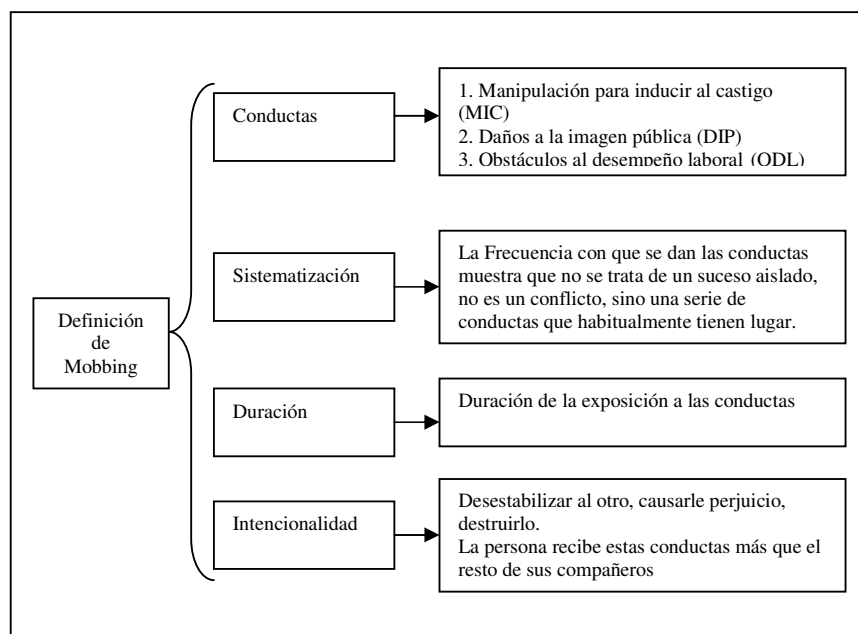


Figura 2.- Definición de Mobbing

## **7.2. Mobbing: Sintomatología.**

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.

Las enfermedades mentales afectan al funcionamiento de la personalidad no solamente en el plano de la vida psíquica, sino también en el plano de la vida corporal y en el de la vida de relación, social y profesional. Por consiguiente, los programas de rehabilitación deben intervenir en estos tres planos. Para que los programas de rehabilitación estén bien adaptados, es preciso tener en cuenta, a la vez, los factores psicobiológicos, psicológicos y psicosociales que intervienen en la aparición, la forma y la evolución del trastorno mental (Grasset et al. 2005).

Dice Hirigoyen (2001) que, en un contexto de acoso, las mujeres acuden al médico antes que los hombres y están más dispuestas a pedir la baja y seguir un tratamiento. Según sus datos, el 74% de las personas acosadas han causado baja durante un promedio de 138 días.

González de Rivera (2000) señala que el cuadro clínico presenta dos formas principales: la depresiva y la de estrés-ansiedad.

El acoso laboral por maltrato psicológico es, en efecto, una condición prolongada y renovada de estrés traumático repetitivo, por lo cual González de Rivera (2001) lo considera en su clasificación de síndromes de estrés bajo el epígrafe de los traumas crónicos.

González de Rivera afirma que, en algunos de sus aspectos, el cuadro clínico recuerda al trastorno de estrés postraumático, una coincidencia ya descrita en su momento también por Leymann y Gustafsson (1996).

La patología, concretamente de tipo psiquiátrico, que puede producirse como consecuencia del padecimiento de las conductas de *mobbing* deberá clasificarse dentro de los problemas que son crónicos, teniendo en cuenta la frecuencia y la persistencia en el tiempo que determina Leymann (1990). Esto descarta las situaciones de aparición reciente que se clasificarían según los conceptos psiquiátricos como estrés agudo, que indudablemente producen daños a la salud, pero que no se incluirían en el concepto de hostigamiento psicológico laboral por no cumplir el criterio epidemiológico aludido para su diferenciación (López, Sánchez y Petkova, 2004)

El síntoma es el emergente de un trastorno biopsicosocial de la persona, que exige para su comprensión y tratamiento una visión integradora. El dolor psíquico se puede expresar como síntoma psicopatológico o somático.

La presente investigación va también dirigida a analizar, a través del estudio de los casos, y, si es posible, establecer un cuadro nosológico del *mobbing*, a través del análisis de signos y síntomas que permitan su clasificación.

De esta forma los datos clínicos y laborales obtenidos permitirán al médico, psicólogo y psiquiatra determinar el cuadro clínico de un problema de salud emergente como es el *mobbing*.

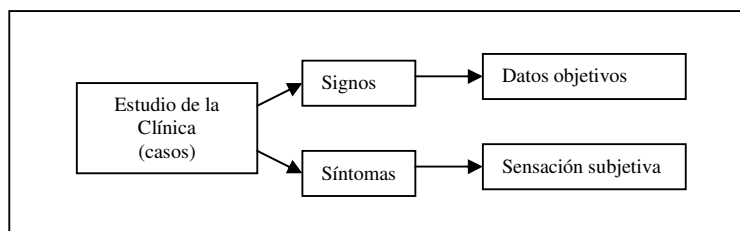


Figura 3. Nosología del Mobbing

## 8. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES.

Los Sistemas de Clasificación de Enfermedades son herramientas que ayudan a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios.

Cuando debe registrarse cualquier volumen sustancial de datos, es esencial un sistema coherente para su clasificación y codificación, en particular cuando se utilizan medios de búsqueda mecánicos o electrónicos.

Dichos Sistemas están destinados a proveer bases prácticas y convenientes para clasificar y codificar los datos por parte de todos aquellos que trabajan en el campo clínico.

Los antecedentes de la clasificación estadística sistemática de las enfermedades se remontan al siglo XVIII. La base fue realizada

por dos de los primeros estadísticos médicos, William Farr (1807-1883) y Jacques Bertillon (1851-1922).

En agosto de 1900, el gobierno francés convocó la primera Conferencia Internacional de la Revisión de la Clasificación Internacional Bertillon de Causas de Defunción. La siguiente conferencia se celebró en 1909, y el gobierno francés convocó conferencias subsiguientes en 1920, 1929 y 1938.

La Conferencia Internacional de Salud celebrada en la ciudad de Nueva York en 1946 encomendó a la Comisión Provisional de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de preparar una sexta revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción.

Un Comité de Expertos de la OMS preparó la revisión aprobada por la Conferencia Internacional encargada de la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción, así como por la primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948. La Sexta Revisión extendió el alcance de la clasificación a enfermedades no mortales, y la OMS ha seguido encargándose de las revisiones periódicas de la clasificación.

### **8.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.**

La primera edición del «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», con una relación de 60 perturbaciones mentales, apareció ya en la década de los 50 del siglo pasado, concretamente en el año 1952.

El Dr. Morton Kramer y el Dr. Robert L. Spitzer fueron los principales consultores para su elaboración, así como también para su segunda edición en 1968, que fue revisada y actualizada bajo el patrocinio de la Asociación Americana de Psiquiatría. La terminología establecida por el DSM-II llegó a ser considerada el 1 de julio de 1968 «la nomenclatura oficial para los psiquiatras americanos».

El trabajo, muy revisado y ampliado, tuvo una tercera edición, DSM-III, publicado en 1980. El principal consultor de esta edición fue de nuevo el Dr. Robert L. Spitzer. Unos años después, en 1987, salió el DSM-III-R y una ulterior revisión (1994) hizo que se editara el DSM-IV, que enumera más de 300 perturbaciones mentales.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición “DSM-IV”, de la American Psychiatric Association (APA) funciona por criterios y es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos. Es la última clasificación de enfermedades psiquiátricas aceptada internacionalmente y data de 1994, con una posterior revisión que da paso al “DSM-IV-TR” (First, Frances y Pincus, 1997; APA, 2001).

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la

## Introducción

---

manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. (APA, 1994)

Asimismo, en los peritajes psiquiátricos y psicológicos, es habitual la utilización frecuente del DSM. Los jueces, generalmente, disponen de un ejemplar del DSM para su consulta y acostumbran a solicitar a los peritos que emitan sus diagnósticos según las clasificaciones empleadas por dicho manual, seguramente convencidos de que es una forma segura de establecer criterios claros con valor científico.

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).

**Tabla 1.- DSM-IV**

<b>DSM-IV 6</b>
- Trastornos depresivos - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica - Trastorno del estado de ánimo no especificado
<b>DSM-IV 7</b>
- Trastornos de angustia sin agorafobia - Fobia específica - Fobia social - Trastorno obsesivo-compulsivo - Trastorno por estrés post-traumático - Trastorno por estrés agudo - Trastorno de ansiedad generalizada - Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias - Trastorno de ansiedad no especificado
<b>DSM-IV 13</b>
- Trastornos primarios del sueño: Disomnias - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias - Otros trastornos del sueño
<b>DSM-IV 14</b>
- Trastorno explosivo intermitente - Trastorno del control de los impulsos no especificado

DSM-IV 15
<ul style="list-style-type: none"><li>- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo</li><li>- Trastorno adaptativo con ansiedad</li><li>- Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo</li><li>- Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento</li><li>- Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento</li><li>- Trastorno adaptativo no especificado</li></ul>
DSM-IV 17
<ul style="list-style-type: none"><li>- Factores psicológicos que afectan al estado físico</li><li>- Problemas de relación no especificado</li><li>- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral</li></ul>

## 8.2. Código de clasificación de trastornos mentales. CIE-10.

La CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1995) tiene un carácter eminentemente descriptivo.

Establece diagnósticos con definiciones para cada uno de ellos y es un sistema pensado con una finalidad básicamente epidemiológica.

Según el Código de Clasificación de trastornos mentales de la CIE 10, Criterios de la OMS, se definen, entre otros, los siguientes trastornos que utilizaremos para la clasificación de la información recogida:

Tabla 2.- CIE-10

CIE-10 - F32
- 32.0 - Episodio depresivo leve
- 32.1 - Episodio depresivo moderado
- 32.2 - Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- 32.8 - Otros episodios depresivos
- 32.9 - Episodio depresivo no especificado

## Introducción

---

<b>CIE-10 - F41</b>
- <b>41.0</b> - Trastornos de pánico
- <b>41.1</b> - Trastornos de ansiedad generalizada
- <b>41.2</b> - Trastornos mixto de ansiedad y depresión
- <b>41.9</b> - Trastornos de ansiedad no especificados
<b>CIE-10 - F43</b>
- <b>43.0</b> - Reacción al estrés agudo
- <b>43.1</b> - Trastorno de estrés post-traumático
- <b>43.2</b> - Trastorno de adaptación
- <b>43.8</b> - Otras reacciones al estrés grave
- <b>43.9</b> - Reacción al estrés grave no especificada

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.

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).

Haciendo referencia al modelo vulnerabilidad-estrés (Stamm y Buhler, 2001; Zubin, Magaziner y Steinhauer, 1983):

La vulnerabilidad constituye un factor constitucional que predispone y este factor es susceptible de ocasionar un fenómeno de

sobreestimulación, bajo el efecto del estrés psicosocial provocado por los acontecimientos de la vida o por las tensiones surgidas en las relaciones sociales o profesionales.

En estas condiciones, la sobreestimulación altera el proceso de adaptación y, al mismo tiempo, provoca la aparición de síntomas psicopatológicos. De estas circunstancias resulta una inadecuación del comportamiento y de la actitud de relación, así como una tendencia al retiro social y al aislamiento marginal. Finalmente, las consecuencias de la sobreestimulación alteran la calidad de vida y provocan, casi siempre, una retirada del mercado de trabajo.

Piñuel (2000) incluye una fase que denomina “Fase de solicitud de ayuda especializada externa y diagnóstico incorrecto”, en la que señala que no existen especialistas que puedan abordar adecuadamente un problema cuyo origen está en la empresa y no en la víctima.

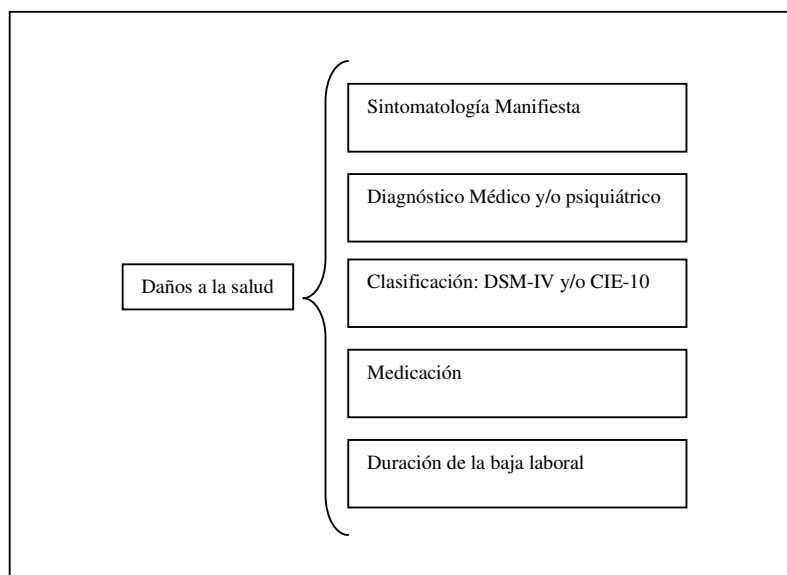


Figura 4. Daños a la salud

## **9. MOBBING: TRATAMIENTO JURÍDICO.**

La posterior tipificación jurídica de estas conductas, se antoja sumamente difícil en la gran mayoría de ocasiones (González de Rivera y López, 2003). Las diversas situaciones de conflicto acaban teniendo un fuerte impacto en los aspectos psicológicos, emocionales, físicos y laborales de la víctima y del subsistema social en que se mueve y pueden generar daños en el sentido del art. 4 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Boletín Oficial del Estado, 1995, Noviembre).

*“Artículo 4. Definiciones.*

*A efectos de la presente Ley y de las normas que la desarrollen:*

*1º. Se entenderá por "prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.*

*2º. Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.*

*3º. Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.*

*4º. Se entenderá como "riesgo laboral grave e inminente" aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.*

*En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata.*

*5º. Se entenderán como procesos, actividades, operaciones, equipos o productos "potencialmente peligrosos" aquellos que, en ausencia de medidas preventivas específicas, originen riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores que los desarrollan o utilizan.*

*6º. Se entenderá como "equipo de trabajo" cualquier máquina, aparato, instrumento o instalación utilizada en el trabajo.*

*7º. Se entenderá como "condición de trabajo" cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:*

a) *Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.*

b) *La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.*

c) *Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.*

d) *Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.*

8º. *Se entenderá por "equipo de protección individual" cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin."*

Según González de Rivera (1997 y 2000) en los casos de maltrato psicológico, a parte de los problemas relativos a la objetivación y a la prueba, es necesario un periodo de tiempo (habitualmente, seis meses) para que los actos de acoso puedan conceptualizarse como tales. Esto provoca que la puesta en marcha de los mecanismos correctores sea inevitablemente más tardía y, por lo tanto, los procesos generadores y agravadores de enfermedad tengan un mayor margen de acción.

Es fácil comprender que tanto la prueba como la posterior tipificación jurídica de tales conductas resultan, la mayoría de las veces, imposibles (López, Sánchez y Petkova, 2004).

No existía en España una regulación *ad hoc* sobre el acoso moral, quizás un concepto válido y descriptivo lo encontraríamos en Suecia, donde su Ley Básica de Prevención de Riesgos afirma que el empresario es responsable de los posibles riesgos que puedan manifestarse en el ámbito del trabajo tanto físicos como psicológicos, y para prevenirlos debe planificar y organizar el trabajo de tal forma que garantice un ambiente laboral saludable, para lo cual debe dejar patente, mediante el ejercicio del poder de dirección, su firme decisión de no consentir conductas de acoso, aplicando si procede el poder disciplinario y sancionador que la legislación le otorga (Fernández, 2003).

Como mencionan Fuertes y Alonso (2002) *“La agresión psicológica se distingue de la pura agresión física en que no emplea medios que dejen rastro, pruebas, de delitos tipificados en el Estado de Derecho; se concentra especialmente en la manipulación de lo*

*cultural, los significados y la comunicación que definen la identidad social del acosado. A veces, hasta destruirlo físicamente.”*

El problema es la falta de pruebas que suele ser común a la mayor parte de los casos de acoso, por ser una actividad negativa que se despliega hacia una persona de una manera tan sibilina como pertinaz. Es imprescindible, pues, tomar consciencia de la gran dificultad con la que en la mayoría de los casos nos enfrentaremos a la hora de probar el acoso para poder, así, evitar la tentación de desistir ante una problemática de este tipo y que este sea el motivo de dar carpetazo a cualquier consulta sobre el tema (Belandia, 2004).

No se pueden eludir los graves daños a la salud que comporta el acoso moral en el trabajo, ni la Jurisprudencia que ya está reconociendo como accidente laboral las bajas laborales derivadas de un acoso psicológico (Blanco, 2003).

Gran parte de las 6.000 muertes que ocurren cada día a causa de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo podrían ser prevenidas con inspecciones laborales eficaces. Pero este aspecto vital de la seguridad en el lugar de trabajo es compleja y enfrenta una serie de retos que van desde la falta de formación a los recursos insuficientes pasando, incluso, por la violencia (OIT, 2006).

Según Aeberhard-Hodges (1996), la afirmación que suele hacer el acosador de que «no pretendía causar ningún daño» puede rechazarse absolutamente habida cuenta del impacto que esta conducta haya tenido sobre la víctima. Asimismo, según el tipo de marco jurídico utilizado, las víctimas de acoso pueden obtener resultados muy distintos.

En muchos países el impacto de la ley puede limitarse a los casos de hostigamiento de tipo *quid pro quo*, obligando así al demandante a demostrar la existencia real o, más recientemente, la amenaza, de inconvenientes laborales por causa de conductas improcedentes.

El recurso al derecho penal para este fin resulta a menudo un camino difícil debido a las estrictas normas que exigen demostrar los hechos de manera fehaciente y a que, en la mayoría de los países que aplican la presunción de inocencia, la carga de la prueba corresponde exclusivamente a la parte que formula la acusación.

En este sentido en el *Estudio general* de 1996 de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, se considera muy conveniente liberar al denunciante de la carga de la prueba cuando ha presentado indicios razonables, ya que la dificultad sustancial de demostrar la existencia de conductas discriminatorias (que a menudo se producen sin testigos y suponen únicamente la palabra de una persona contra la de otra) hace muy difícil que las víctimas ganen el pleito, en especial cuando acusan a sus superiores jerárquicos.

El 15 de noviembre de 2004 una Sentencia del Tribunal Constitucional concluyó que una grabación magnetofónica puede servir de prueba en un caso de *mobbing* donde la demandante denunciaba que se habían vulnerado los derechos de su integridad física y moral, y de su dignidad en el trabajo.

El impacto interno que este tipo de conductas puede tener sobre una persona puede ser devastador. Se ha estimado, por ejemplo,

que cerca del 10–15% del número total de suicidios anuales en Suecia tienen este tipo de trasfondo (Leymann, 1990).

Padial y de la Iglesia (2002) establecen la valoración del alcance del daño producido por *mobbing* en relación a los grados de incapacidad previstos en las normas legales laborales y atendiendo a las secuelas producidas:

Se pueden dar los siguientes supuestos entre el *daño vs. grado de impedimento*:

• **Grado 1**

Reincorporación al trabajo, sin síntomas residuales o con síntomas mínimos, compatibles con el *mantenimiento de la eficacia* en su trabajo. SIN SECUELAS.

• **Grado 2**

Reincorporación al trabajo, con síntomas que requieren supervisión médica ambulatoria, compatibles con el trabajo, pero con *pérdida de la eficacia* por dificultad de mantener lazos sociales en el mismo entorno laboral donde se sufrió el acoso. INCAPACIDAD PARCIAL.

• **Grado 3**

Imposibilidad de reincorporación al trabajo que desempeñaba, porque, por el mismo hecho de volver al lugar del acoso, se

desencadenan episodios o crisis de agudización psicósomática en forma de *recidivas*, que ocasionan frecuentes bajas laborales. INCAPACIDAD TOTAL.

• **Grado 4**

Imposibilidad de volver a desempeñar ningún tipo de trabajo porque, por el mismo hecho de compartir tareas profesionales con otros compañeros (relación horizontal) y depender de superiores (relación vertical), pone en peligro su integridad psíquica y física en forma de agravación del deterioro crónico. INCAPACIDAD ABSOLUTA.

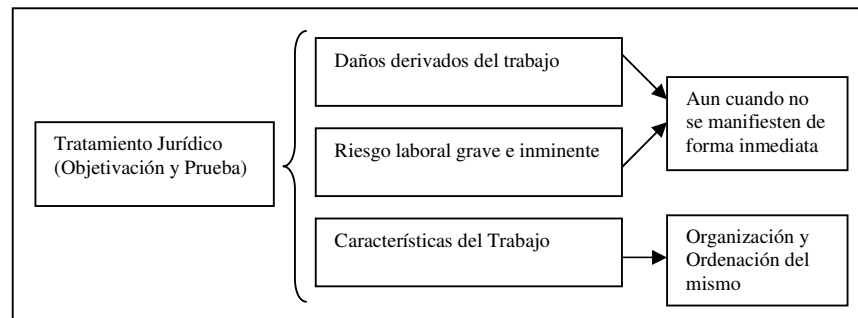
El Magistrado del Juzgado de lo Social nº 2 de Girona, en la Sentencia correspondiente a los Autos: 374/2002 determina que: *“Sin desmerecer otras traducciones, mobbing puede --y creo que debe-- ser traducido jurídicamente, como "presión laboral tendenciosa", al definirse como aquella presión laboral tendente a la autoeliminación de un trabajador, mediante su denigración laboral.”* (Gimeno, 2002).

Más adelante expone: *“Resumiendo todo lo anterior en una sola frase, que resuelve a su vez la litis, esta sería: Mobbing es la presión laboral tendente a la autoeliminación de un trabajador mediante su denigración laboral.”*

En la presente investigación a través del estudio de los casos pretendemos establecer el protocolo que facilite la efectiva realización del peritaje y su correspondiente informe.

## Introducción

---



**Figura 5. Tratamiento Jurídico**

- Acosta, M. (2005). El acoso moral en trabajadores del centro universitario de ciencias de la salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Acosta, M. Carrión, M.A. González, F. Franco, S. (2006) El Acoso Moral en el Trabajo. En *Factores Psicosociales y Salud Mental en el Trabajo* (pp. 140-159) Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- Aeberhard-Hodges, J. Jurisprudencia reciente sobre el acoso sexual en el trabajo. *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 115 (1996), num. 5
- Alonso, M. B. Peris, R. y Fuertes, F. (2003). Mobbing: implicaciones sociales y psicopatológicas. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Álvaro, J. y Páez, A. (1996) en Martínez-Taboada, C. y Palacín, M. (1997). Grupos, bienestar psicosocial y calidad de vida. *Psicología de los grupos. Teoría y Aplicación*, 8, 273. Ed. Síntesis Madrid.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders", 4th edition, Whashington D.C., A.P.A.
- A.P.A. (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson
- Amin, S. Capitalismo, Imperialismo, Mundialización. En: Seoane, J. y Taddei, E. Compiladores *Resistencias Mundiales. De Seattle a Porto Alegre*. Buenos Aires: CLACSO, 2001. 16
- Aportes desde la psiquiatría en relación al tratamiento y diagnósticos diferenciales de los diferentes tipos de traumas. [En línea] Artículos sobre Psicología Clínica y del Trabajo. Las Barricadas, la legítima defensa del acosado. Consultado el 29 Octubre, 2004, <http://www.lasbarricadas.net/280.htm>
- Arellano, G. Alejo, J.G. Carrión, M.A. Díaz, M. Franco, R. Madrigal, B. et al. (2005) Identificación de factores psicosociales negativos del ambiente de trabajo y reacciones del comportamiento de médicos del sector de salud del Estado de Aguascalientes/2002. *Salud y Trabajo*. Órgano de difusión de la Federación Nacional de Salud en el Trabajo. A.C. Segunda Época Volumen 1 Número 1 Enero-Marzo 2005
- Arellano, G. Alejo, J.G. Carrión, M.A. Díaz, M. Franco, R. Madrigal, B. et al. (2006) Identificación de factores psicosociales negativos del ambiente de trabajo y reacciones del comportamiento. *Salud y Trabajo*. Órgano de difusión de la

## Referencias

---

- Federación Nacional de Salud en el Trabajo. A.C. Segunda Época Nº 2. 2006-05-01
- Arribas, M. (2002). Mobbing : factores implicados en su prevención. *Libro de Actas II Encuentro Nacional de Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Ausfelder, T. (2004). *Mobbing. El acoso moral en el trabajo*. Editorial Océano Ámbar.
- Avilan, J.M. Clasificación internacional de enfermedades en la formación de analistas de información. *Cuad Esc. Salud Pública*, 1989; 53:3-14.
- El Ayuntamiento, condenado por acoso laboral a un trabajador. Noticia en: [www.madridpress.com](http://www.madridpress.com) 15.09.2006
- Barath, A. y Csepeli, G. (1987). Self-Help aspects of sociology and psychology. En P. Gilelen (Ed.): *Self-help and mutual aid in health*. Leuven: International Centre for Self-help and health.
- Barón, M. (2001) *La espiral del mobbing*. En: <http://www.lexjuridica.com/boletin/articulos/0026.htm>
- Belandia, R. (2004) La prevención del acoso moral y sexual en el trabajo: La experiencia del acuerdo de la UPV/EHU. Ponencia en: [http://www.suatea.org/secremujer/jornadas\\_coeducacion2004/](http://www.suatea.org/secremujer/jornadas_coeducacion2004/)
- Benavides, F.G. et al. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta Sanitaria*, 16, (3), 222-9.
- Bestratén, M. et al. *Condiciones de trabajo y salud*. 3ª edición. Ed. Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Madrid, 1998.
- Blanco, C. (2003). *Acoso Moral, Miedo y Sufrimiento. Eichmann en la globalización*. Ediciones del Orto.
- Blanco, M. J. (2003). *Critica al criterio técnico sobre "mobbing" (acoso psicológico o moral)*. [En línea], 19, Abril.
- Blanco, M. J. López, J. La espiral jurídica del mobbing: interpretación jurídica del acoso para un cambio social. En: <http://www.lexjuridica.com/boletin/articulos/0035.htm>
- Blanco, M. J. López, J. y Barón, M. (2003) *La espiral jurídica del mobbing y la teoría jurídica de la sentencia 291/01 del Juzgado de lo Social nº 2 de Girona (Estudio multidisciplinar y solidario del acoso moral en el trabajo como disfunción social)*. Publicado en <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/0/423731>
- Boix, P. y Gadea, R. (1991). Desgaste psíquico en el trabajo. *Cuadernos sindicales de Salud Laboral*. Ed. Gabinete de Salud Laboral CC.OO.
- Brigando, M. (2005). Resultados de la prevención y sanción de la violencia laboral en Torino (Italia). *Libro de Actas V Encuentro*

- Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Buvinic, M. Morrison, A. Technical Note 4: Economic and social consequences of violence. Violence as an obstacle to development. Washington, DC; Interamerican Development Bank, 1999. 3-4
- Carrión, M.A. (2002). Mobbing: Psicoterror laboral. *Libro de Actas II Encuentro Nacional de Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Carrión, M.A. (2003). Modelo de intervención integral en Salud Ocupacional: Modelo de Gestión Psicosocial AEPA. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Carrión, M.A. La importancia del factor humano en la PRL Editorial Boletín Not@s PI. Año IV 16-2003. (17/4/03)
- Carrión, M.A. (2005). *Programa Empresas, Centros y Puestos de Trabajo saludables*. En: <http://www.psicosociologia.org/PROGRAMA.doc>
- Carrión, M.A. (2006) Implementación del programa: Empresas, centros y puestos de trabajo saludables. *Libro de Actas de la III Reunión Internacional de Investigación en Salud Ocupacional: Minería, Ambiente y Sociedad*. Editado por Universidad Nacional Experimental de Guayana (UNEG), Corporación Venezolana de Guayana (CVG) y el Ministerio de Industrias Básicas y Minería (Mibam).
- Carrión, M.A. (2006) Consideraciones para la clasificación de casos afectados por mobbing en su ambiente laboral. En Arellano, G. (coord): *Factores psicosociales en el trabajo, un enfoque multidisciplinario*. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes. México (*pendiente de publicación*)
- Carrión, M.A. González, M.P. López, F. Molina, C. y Tous, J. (2003). "Modelo AEPA: Un sistema de Gestión Psicosocial" en: <http://www.psicosociologia.org>
- Carrión, M.A. González, M.P. López, F. Molina, C. y Tous, J. (2004). El modelo AEPA. Un modelo integrado de intervención en factores psicosociales en la organización. *Libro de Actas IV Encuentro Nacional y II Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Carrión, M.A. González, M.P. López, F. Molina, C. y Tous, J. (2005). Intervención en factores psicosociales: Modelo Aepa. *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.

## Referencias

---

- Carrión, M.A. y López, F. (2006) Modelo de intervención AEPA. Evaluación de Factores Psicosociales. *Libro de Actas VI Encuentro Nacional y IV Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Carrión, M.A., López, F. y Preciado, M.L. (2007) Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (Ivapt-Pando) en *Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo "IVAPT-E-R"*. Colección Monografías Psicosociales. Edita: Asociación de Expertos en Psicociología Aplicada "AEPA". Mayo 2007
- Carrión, M.A., López, F. y Pando, M. (2007) *Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo "IVAPT-E-R"*. Colección Monografías Psicosociales. Edita: Asociación de Expertos en Psicociología Aplicada "AEPA". Mayo 2007
- Castanyer, F. (1988). *La formación permanente en la empresa*. Marcombo, S.A. Barcelona
- Chappell, D. y di Martino, V. Violence at work. Third edition. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2006. ISBN 978-92-2-117948-1
- Chiaroni, J. y Chiaroni, P. (2001). Dones épidémiologiques des situations de mobbing d'après une enquête effectuée auprès des medecins du travail en region PACA un profil type du salarié harcelé. *Archives des Maladies Professionnelles*, 2, 96-107.
- Chisholm, D. (2005). Selección de las intervenciones psiquiátricas económicamente rentables: resultados del programa CHOICE. Organización Mundial de la Salud. *World Psychiatry [Ed Española]*, 1 Abril, (3), 37-44.
- Comeche, M. I. Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Comisión Europea (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Unidad D.6
- Cotino, L. Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Valencia. Sala de lo Contencioso-Administrativo Secc. 3ª Rec. Nº 386/02 de 8/11/2004.
- Crosby, P.B. (1982). *La Calidad no cuesta: el arte de asegurar la calidad*. México D.F. Continental.
- De la Gándara, J. y Álvarez, T. (2003). Mobbing y salud: mitos y realidades. *Psiquiatría y Aten Primaria*, 4, 13-8.
- Dejours, C. Violence ou Domination in Travail. *Revue Internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail* N° 3 1999. En: Valette, JC. Hypothèses de travail pour comprendre le processus de harcèlement moral et agir.

- <http://www.cgt.fr/06campa/protectionsociale/condtravai/evalurisk/risquespro/hypothes.pdf>
- Di Martino, V. Helge, H. Cooper, C. Preventing violence and harassment in the workplace. Ireland; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. págs. 42
- Díez, M. López, F. (1995) Clima laboral y empresa (Original 1997), publicado en *Revista de Seguridad Social y Recursos Humanos (comentarios y casos prácticos)*. Nº 170. Mayo. Centro de Estudios Financieros.
- Díez, M. López, F. y Roca, C. (2004) La Cultura desorientada como predictora de organizaciones no-saludables. *Libro de Actas IV Encuentro Nacional y II Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Direcció General de Relacions Laborals. *Criteri Tècnic sobre Mobbing*. Instrucció 1-2006 Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. 12/5/06. En:  
[http://www.acosomoral.org/pdf/Criteri\\_t\\_cnic\\_sobre\\_mobbing\\_1\\_2006\\_de\\_la\\_Generalitat\\_de\\_catalunya.pdf](http://www.acosomoral.org/pdf/Criteri_t_cnic_sobre_mobbing_1_2006_de_la_Generalitat_de_catalunya.pdf)
- El dolor del rechazo. El rechazo social y el dolor físico producen parecidas reacciones cerebrales (2003, Octubre 11) BBCMundo.com. publicado en:  
[http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr//hi/spanish/science/newsid\\_3182000/3182760.stm](http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr//hi/spanish/science/newsid_3182000/3182760.stm)
- Escudero, J. F. y Poyatos, G. (2004). *Mobbing: Análisis multidisciplinar y estrategia legal*. Barcelona: Ed. Bosch.
- España: (1995). *Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales*. BOE nº 269, 10 de Noviembre.
- Evans, P. (2000). *Abuso verbal. La violencia negada*. (3ª ed.). Ed. B Argentina, S.A.
- Fernández, E. (2003). El mobbing en el mundo del derecho. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- FGTB Harcèlement moral au travail. Une reponse syndicale. Bruxelles; Service Entreprises de la FGTB, 2002. 20
- First, M. B. Frances, A. y Pincus, H. A. (1.997). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial*. Barcelona: Edit. Masson.
- Fuertes, F. (2003). *Elementos y dinámica psicosocial del Acoso Institucional/Grupal: Cómo prevenirlo y neutralizarlo*. Artículo en:  
[http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_652.shtm](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_652.shtm)

## Referencias

---

- Fuertes, F. y Alonso, M.B. (2002). *Arqueología del Mobbing. Libro de Actas II Encuentro Nacional de Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo (1987) *El estrés físico y psicológico en el trabajo*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo (1996) *Las Condiciones de Trabajo en la Unión Europea*. EF/97/21/ES. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxembourg.
- Gallardo, M.A. (2000) *La prueba pericial en la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil*. Publicado en:  
<http://www.cita.es/prueba/pericial>
- García, J. Martínez, B. Alda, M. y Gascón, S. (2005). El síndrome del «falso mobbing»: dificultades para su diagnóstico en atención primaria. *Aten Primaria*, 35, (5), 269.
- García, J. de Abajo, F. J. Carvajal, J. Montero, D. Madurga, M. y García, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002) *Rev. Esp. Salud Pública, Mayo-Junio*, 78,(3), 379-387
- Gimeno, R. Sentencia del Juzgado de lo Social nº 2 de Girona, Autos: 374/2002 Extinción de contrato sta.: 291/2002 (17/9/2002).
- Gómez, V. Candas, M.A. Fidalgo, S. Armesto, J. Calvo, M. J. de Marino, M. A. et al. (2000). Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. *Aten. Primaria*, 25, (9), 618-24. nombrados en: Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002)
- García del Pozo, J. de Abajo Iglesias, F. .J. Carvajal García-Pando, J. Montero Corominas, D. Madurga Sanz, M. & García del Pozo, V. (2004). *Rev. Esp. Salud Pública, Mayo-Junio*, 78,(3), 379-387
- González, P. (2002) “*Cultura preventiva: un cambio de actitud para preservar la vida*” ponencia en el II Encuentro Nacional sobre Prevención y Salud Laboral. Editado por ITPF-mac
- González, P. (2002) “*Cambio de actitudes para fomentar la cultura preventiva*” ponencia de clausura del I Ciclo de Mesas Redondas del Grupo de Prevención de Riesgos Psicosociales del Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Editado por la Secció de Psicologia de les Organitzacions i el Treball (SPOIT).
- González, P. Barrull, E. Pons, C. y Marteles, P. (1998) ¿Puede ser el déficit afectivo una causa de enfermedad? Artículo en:  
<http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/articulos.htm>
- González, P. Barrull, E. Pons, C. y Marteles, P. (1998) ¿Qué es la emoción? Artículo en:

- <http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos.htm>
- González de Rivera, J. L. (1997). El trastorno por mediocridad inoperante activa (Síndrome MIA), *Psiquis*, 18, 229-231.
- González de Rivera, J. L. (2000). El síndrome de acoso institucional, *Diario Médico*, 18 de Julio.
- González de Rivera, J. L. (2001). Nosología psiquiátrica del estrés, *Psiquis*, 22 (1), 1-7.
- González de Rivera, J. L. y López, J. A. (2003). La valoración médico-legal del mobbing. *Interpsiquis*.
- González de Rivera, J.L. y Rodríguez, A.M. (2003). *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com>.
- Grasset, F. Pomini, V. Favrod, J. Steckel, K. Spagnoli, D. y Orita, H.A. Método de evaluación interdisciplinaria y diagnóstico biopsicosocial. Primer Congreso La salud mental es cosa de todos. *Colección Documentos Serie Encuentros nº 23001* Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 2005 Parte I pags. 221-230
- Hirigoyen, M.F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Hirigoyen, M.F. (2001). *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*. Barcelona: Paidós.
- Hirigoyen, M. F. (2004). Conferencia en el Colegio de Abogados BCN BUSCAR REFERENCIA
- Hoel, H. y Cooper, C.L. UMIST. Destructive conflict and bullying at work. Manchester School of Management. 2000
- II Informe Randstad. Calidad del Trabajo en la Europa de los Quince. *El Acoso Moral*. Randstad. Madrid 2003
- Intersindical CSC (2003). Acoso Psicológico en el trabajo. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Iraurgi, J. Jiménez-Lerma, J.M. y Landabaso, M. (2005). Análisis de las características psicométricas del índice de salud SF-36 como indicador de resultados en drogodependencias. *Psiquiatría Noticias*, 7, (2).
- Ishikawa, K. (1985). *¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa* (traducción del japonés al inglés por David J. Lu; traducción [del inglés al español por] Margarita Cárdenas). Colombia: Norma.
- Ishikawa, K. (1989). *Introducción al control de calidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Una juez declara accidente laboral una baja por depresión y ansiedad. (2004, Noviembre 4). *Diario de León*

## Referencias

---

- Juran, J.M. (1990). *Juran y la planificación para la calidad*. Ediciones Díaz de Santos.
- Juzgado de lo Social nº 2 de Valencia en Autos nº 815/2004 Sentencia nº 342/2005 de 22 de julio de 2005
- Juzgado de lo Social número 4 de Jaén. Sentencia nº 204, de 10 de mayo de 2002.
- Juzgado de lo Social nº 1 de Pamplona. Sentencia nº 00058/2001, autos 645/2000. 19/02/2001
- Kaumo, R. et al. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Krug, E. et al. *1<sup>er</sup> Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: 2003. 19.
- Lahera, M. y Góngora, J.J. (2002) *Factores Psicosociales. Identificación de factores de riesgo*. INSL. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, Departamento de Presidencia, Justicia e Interior. Edición revisada 2006.
- Lawless, P. Fear and Violence in the Workplace: A Survey Documenting the Experience of American Workers. Minneapolis, Minnesota: Northwestern National Life Insurance. En: Leon J. Warshaw, director. *Tomo II. Capítulo 51: la violencia en el lugar de trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo*. Ginebra, OIT, 1993. 2
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces, *Violence and Victims*, 5, 119-126.
- Leymann, H. (1993). Silencing of a skilled technician. *Working Environment*. 28-29.
- Leymann, H. (1996). The Mobbing Enciclopedia. Bullying, Whistleblowing. [Versión electrónica] <http://www.leymann.se/English/frame.html>
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, (2). 165-184. Traducido. Esp. F. Fuertes
- Leymann, H. (1996). *Mobbing. La persecution au travail*. Paris: Du Seuil.
- Leymann, H y Gustafsson, A. (1984) "Moobing and the development of PTSD". *European Journal Work and Organizational Psychology*.
- Leymann, H. Gustafsson, A. (1996). Mobbing and the development of PTSD. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, (2). 251-275.

- López, F (2002) ¿Dónde queda la psicología en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales? *Full informatiu n° 152*. Noviembre. Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- López, F. y Carrión, M. A. (2006) Perspectiva organizacional de los factores psicosociales. En Arellano, G. (coord): *Factores psicosociales en el trabajo, un enfoque multidisciplinario*. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes. México (*pendiente de publicación*)
- López, S. (1991). *Determinantes psicológicos del estrés y su afrontamiento en pacientes quirúrgicos*. Universidad de Alicante. Tesis Doctoral.
- López, J. A. y Camps, P. (1999). Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. *MAPFRE Medicina*, 10, 253-60.
- López, J. A. y González de Rivera, J. L. (2003). La simulación dentro de la problemática de la violencia en el trabajo. Artículo publicado en:  
[http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_440.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_440.shtml)
- López, J.A. Sánchez, E. Petkova, E. Mobbing, acoso psicológico en el trabajo, hostigamiento psicológico en el trabajo (no acoso moral): consideraciones preventivas y jurídicas a propósito de un caso. 29, 2004, pág. 4-16. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*
- Lorenz, K. (1985). *Consideraciones sobre las conductas animal y humana*. Barcelona: Planeta.
- Lorenzo de Membiela, J.B. (2003). *El acoso moral en el trabajo: su indefinición jurídica*. Artículo en:  
[http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_1035.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_1035.shtml)
- Maciá, D. y Méndez, F. X. (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid, Pirámide.
- Martín, F. y Pérez, J. (1997) *Factores Psicosociales. Metodología de Evaluación*. NTP 443 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. MTAS.
- Martín, F. Pérez, J. y López, J. A. (1998). El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing. *NTP 476*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Martínez, B. Gascón, S. Bolea, M. (2005). *Investigación Pericial del Mobbing. La Actuación del Experto como Perito ante los Tribunales*. En: <http://www.acosomoral.org/2acosomoral.htm>
- Martinez-Taboada, C. y Palacín, M. (1997). Grupos, bienestar psicosocial y calidad de vida. *Psicología de los grupos. Teoría y Aplicación*, 8, 275. Ed. Síntesis Madrid.
- Más de un tercio de los accidentes laborales tienen su origen en el estrés y los sobreesfuerzos físicos. Artículo publicado por Europa Press 17 Junio 2006

## Referencias

---

- McGrath, J. y O'Connor, K.M. (1996). Temporal sigues in work groups. En M.A. West (Ed.): op. cit. 25-52
- MediMedia Medicom (Ed.). (2004) *Vademécum Internacional - VI*. [Versión electrónica]. Madrid: CMP Medicom Editorial, S.A.
- Meichenbaum, D. (1994). Tratamiento de clientes con trastorno de estrés postraumático. *Revista de Psicoterapia*, 17, 5-85
- Merino, J. (2005). El análisis de redes sociales como instrumento de prevención del acoso laboral (mobbing). *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Ministerio de Justicia. Reforma del Código Penal. España. Julio 2006  
<http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/30435E47-2DE94DA2-9FA02D8DB0A2EDA8/76931/060714CUADROREFORMACODIGOPENAL.pdf#search=%22mobbing%20y%20codigo%20penal%22>
- Molina, C. (2003) *Violencia moral en el trabajo: conducta prohibida y formas de tutela en los derechos europeos*. Publicado en: [http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_610.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_610.shtml)
- Moncada, S. Llorens, C. y Kristensen, T.S. (2002) *Método ISTAS21 (CoPsoQ) de Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS),
- Montalbán F. M. Alcalde J. y Bravo M. (2003). Dificultades para la aproximación Psicosocial al Acoso Moral. *Encuentros en Psicología Social*. Universidad de Málaga. Volumen 1 (5), 32 – 36
- Moreno, B. y Rodríguez, A. (2006) *Valoración del daño psíquico y emocional en víctimas de acoso psicológico en el trabajo*. (Proyecto de Investigación UAM). Universidad Autónoma de Madrid.
- MSF (Management, Science and Finance). Prevention of Violence At Work, and MSF Guide With Model Agreement and Violence At Work Questionnaire. MSF Health and Safety Information, nº 37. En: Leon J Warshaw, Director. *Tomo II. Capítulo 51: la violencia en el lugar de trabajo*. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo*. Ginebra; OIT, 1993. 2
- Namie, Gary. U.S. Hostile Workplace Survey 2000. Michigan; The Workplace Bullying & Trauma Institute, 2000.
- Niño, J. (2006) *El mobbing y las evaluaciones de riesgos psicosociales*. Artículo en: [http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_2393.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_2393.shtml)

- Nogareda, C. et al. (1995) *Psicosociología del Trabajo*. Barcelona: Instituto Nacional del Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT)
- Noriega, F. (2004). Acoso grupal: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. *Libro de Actas IV Encuentro Nacional y II Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Organización Internacional de Trabajo OIT. (1984) *Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo*. Informe del Comité Mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. 9ª reunión, 18-24, Septiembre 1984. Ginebra.
- OIT. Comunicado de prensa de la OIT. CE132/22, Lunes 20 de julio de 1998. *Violencia en el trabajo: un problema mundial*. Ginebra y Washington D.C.; OIT, 1998. 5
- OIT. *La violencia en el trabajo: una carga costosa*. En: [http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/cue\\_gen/viol\\_tra.htm](http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/cue_gen/viol_tra.htm)
- OIT. *Igualdad en el Empleo y la Ocupación. Estudio general de la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones*, Conferencia Internacional del Trabajo, 83.a reunión, 1996, Informe III (Parte 4 B), Ginebra, 1996, (párrafos 298 y 330).
- OIT. ¡Género! Un pacto entre iguales. *Documentos Cinterfor – OIT*. Oficina Internacional del Trabajo; Oficina para la Igualdad de Género, Ginebra, 2000
- OIT. La violencia en el trabajo en el sector de servicios y medidas para combatir este fenómeno. *Repertorio de recomendaciones prácticas 2004*, 34 págs. ISBN 92-2-315288-7.
- OIT. 95ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, (31 Mayo-16 Junio, 2006)
- OIT. Informe OIT/06/33 16 Junio 2006. En : [http://es.osha.europa.eu/news/national\\_news/news\\_article.2006-06-16.8605186903](http://es.osha.europa.eu/news/national_news/news_article.2006-06-16.8605186903)  
[http://es.osha.europa.eu/news/national\\_news/news\\_article.2006-06-16.9508268162](http://es.osha.europa.eu/news/national_news/news_article.2006-06-16.9508268162)
- Organización Mundial de la Salud OMS. *Repercusión de la Violencia en la Salud de las poblaciones americanas* 132.A Sesión del Comité Ejecutivo Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003 Punto 4.14 del orden del día provisional CE132/22 (Esp.) 5 mayo 2003. págs. 12 –13
- OMS. (1995). En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*.
- OMS. *Formación y adiestramiento en salud ocupacional: informe de un grupo de estudio de la OMS* — Ginebra: OMS, 1988.

Referencias

---

- Padial, O. de la Iglesia, M. El mobbing como enfermedad del trabajo. *Revista de Relaciones Laborales. LAN HARREMANAK/7* (2002-II) (231-240)
- Pando, M. (2005). La evaluación del mobbing. *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Pando, M. Aranda, C. Amezcua, M.T. y Aldrete, G. (2002). Indicadores positivos de salud mental en el trabajo. *Libro de Actas II Encuentro Nacional de Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Pando, M.M. Aranda, B.C. Aldrete, R.G. y Reynaga, E.P. (en prensa). Autoestima y redes sociales de apoyo como factores protectores de mobbing en docentes. *Salud Pública y Nutrición*, 7(2).
- Pando, M. Carrión, M.A. Arellano, G. (2006) Los factores psicosociales en el trabajo. En *Factores Psicosociales y Salud Mental en el Trabajo* (pp. 68-85) Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- Pando, M. Aranda, C. Preciado, L. Franco, S. y Salazar, J. 2006. Validez y Confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-Pando). *Rev. Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol. 11 No. 2: 319-332 julio-diciembre.
- Parés, M. (2004). Acoso grupal: un caso práctico. *Libro de Actas IV Encuentro Nacional y II Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Parés, M. (2005). Cómo conocer si en la empresa hay un caso de mobbing. *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Pedreira, J.L. Nuevos cuadros psicopatológicos para nuevos tiempos con contenidos antiguos. *Problemática de la adolescencia*. Barcelona: Laertes, 2001, págs. 199-206.
- Peiró, J. M. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva 13, 2001, pág. 18-38. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*
- Peiró, J. M. (1999). El modelo "AMIGO": Marco contextualizador del desarrollo y la gestión de Recursos Humanos en las Organizaciones. Febrero nº 72 *Papeles del Psicólogo*.
- Peñasco, R. (2005). *Mobbing en la universidad*. Adhara Publicaciones, S.L. Madrid.
- Pérez, J. Nogareda, C. Martín, F. Sancho, T. y López, J. A. (2001). Mobbing, violencia física y acoso sexual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (ed.).

- Petras, J. ¿Quién gobierna el Mundo? en:  
<http://www.eurosur.org/rebellion/petras/petras200502.htm>
- Piñuel, I. "La violencia psicológica en el trabajo" *Informe CISNEROS II sobre "Violencia en el entorno laboral"* Resultados preliminares del barómetro CISNEROS II. España: 2002.  
[http://212.73.52.211/hosting/000c/acosomoral/pdf/bibliografia/Piñuel\\_cisneros2.pdf](http://212.73.52.211/hosting/000c/acosomoral/pdf/bibliografia/Piñuel_cisneros2.pdf)
- Piñuel, I. "La violencia psicológica en el trabajo" *Informe CISNEROS III sobre "Violencia en el entorno laboral"* Resultados preliminares de la incidencia del mobbing en los profesionales de enfermería españoles. SATSE-UAH. España: 2002.
- Piñuel, I. *Mobbing, Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander; Sal Terrae, 2001.
- Poblete, M. y Valenzuela, S. Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género. *Index Enferm*, mar. 2005, vol.14, no.51, p.40-44. ISSN 1132-1296.
- Prieto-Orzanco, A. (2005). *Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud*. *Aten Primaria*, 35, (4), 213-6.
- Purcalla, M. A. (2004). Tratamiento jurídico del mobbing y de otros riesgos psicosociales. *La Ley*, 6087, 16 Septiembre.
- Quijano, S. (1987) *Introducción a la Psicología de las Organizaciones*. PPU. Barcelona
- Ratifican como accidente laboral la depresión por "mobbing" de una trabajadora. Noticia en Diario Deia.com 6/09/2006 en:  
<http://www.deia.com/es/digital/economia/2006/09/06/286610.php>
- Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua española. Vigésima segunda edición. Avance de la 23ª edición, 2006 en: <http://www.rae.es/>
- Roca, F. (2005). *La VDC Un instrumento para los Conflictos Pasado, presente y futuro*. 1er Congreso Internacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Abril, 2005. Buenos Aires, Argentina.
- Rodríguez, J. Forero, L. Hernández, H. y Castillo, P. Caracterización de diferentes formas de violencia en el lugar de trabajo y exploración de sus factores asociados. FISO Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses; Bogotá, Colombia, 2002–2003.
- Rodríguez, N. (2003). Como sobrevivir al mobbing o acoso institucional. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Rosenberg, M. Mercy, J. Assaultive violence En: Leon J. Warshaw, director. *Tomo II. Capítulo 51: la violencia en el lugar de trabajo*. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la*

Referencias

---

- Organización Internacional del Trabajo*. Ginebra, OIT, 1993. 2-3
- Salvador, E. (2001). Acoso Moral o Mobbing. *Libro de Actas I Encuentro Nacional de Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Sánchez, A.E. (En prensa). *Responsabilidad, Ley y Salud Mental. Reflexiones en torno al nuevo código penal*.
- Schaufeli, B.W (1999). Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15, 2, 147-172.
- Schaufeli, W. B. Salanova, M. L. ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? 20, 2002, pág. 4-9. *Revista "Prevención, trabajo y Salud"*
- Según los datos que recoge el Libro Blanco sobre riesgos sociales en la Administración... Noticia en Europa Press. 3/11/2004
- Silva, M. y Díaz de Quijano, S. (1997). Los grupos en las organizaciones. *Psicología de los grupos. Teoría y Aplicación*, 5, 169. Ed. Síntesis Madrid
- Soares, Angelo. *Quand le travail devient indécent: le harcèlement psychologique au travail*. Montreal; Université du Québec à Montréal, 2002. 28 págs.
- Soto, W. (2005). Mobbing: resultados fundamentales de los estudios estadísticos realizados en Puerto Rico. *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Stamm, R. y Buhler, K.E. *Concepts of vulnerability of psychiatric diseases*. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 2001, 69 (7), págs. 300-309.
- The official nomenclature for American psychiatrists on July 1, 1968 (DSM-II, p. 120).
- Tous, J. y García, G. (2003). El DP-PRL: Una estrategia para la evaluación de factores psicosociales en la organización. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Tous, J. (2005). El modelo de diagnóstico psicosocial: DiPsi. *Libro de Actas V Encuentro Nacional y III Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- Travé, A L. y Reneses, A. (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. [Versión electrónica]. *Sistema Nacional de Salud*, 26, (1).
- Tribunal Constitucional. Sentencia STC 201/2004, de 15 de noviembre de 2004

- Tribunal Superior de Justicia de Andalucía TSJA Recurso nº. 2325/2003 Sentencia: 27/01/2004
- Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, Sentencia de 31/03/2005
- Tribunal Superior de Justicia de Cataluña TSJC Sentencia nº 9283/2004 en la Sala de lo Social el 28/12/04
- Tribunal Superior de Justicia de Cataluña TSJC en: [http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_445.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_445.shtml) 21/02/2003
- Tribunal Superior de Justicia de Navarra: *la enfermedad derivada de un conflicto laboral constituye un accidente de trabajo* - 06/05/2005 Diario de Navarra
- TSJN Sentencia 30/04/2001 AS. 1878/2001.
- Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (2006). Resolución judicial en: [http://www.elcorreodigital.com/alava/pg060901/actualidad/politica/200609/01/ECD\\_acoso.html#Inicio\\_noticia](http://www.elcorreodigital.com/alava/pg060901/actualidad/politica/200609/01/ECD_acoso.html#Inicio_noticia)
- UGT (2003). Recomanacions davant el mobbing. *Libro de Actas III Encuentro Nacional y I Internacional sobre Prevención y Salud Laboral*. Universidad Politécnica de Catalunya. Editado por ITPF-mac.
- UGT (2003). L'Assetjament Psicològic en el Treball. *Llibre de la Jornada dirigida als Delegats de Prevenció*. Editado por la Secretaria de Medi Ambient i Salut Laboral UGT-Catalunya.
- Uriz, J. *La subjetividad de la organización El poder más allá de las estructuras*. España; Siglo XXI de España Editores, S. A. 1994. 71
- Vaillant, G.E. Natural history of male psychological health, XIV: *relationship of mood disorder vulnerability to physical health*. Am J Psychiatry 1998; 155:184–191
- Vaillant, G. (1984). *The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages*. American Journal of Psychiatry, 141, 542-545.
- Valette, JC. “Hypothèses de travail pour comprendre le processus de harcèlement moral et agir”. En: <http://www.cgt.fr/06campa/protectionsociale/condtravai/evalurisk/risquespro/hypothes.pdf>
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson (Vol. I).
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson (Vol. II).
- Villagrán, J. Luque, R. y Berrios, G. (2003) La psicopatología descriptiva como sistema de captura de información. *Monografías de Psiquiatría*. 2003 Febrero, (1)

## Referencias

---

- Villalbí, J.R. y Roca, F. (1989). Un instrumento a desarrollar para la promoción de la salud entre nuestros pacientes y sus allegados: los grupos de ayuda mútua. *Medicina Clínica*, 11, 427-430.
- Villegas, M. (1997). Grupos en la Clínica. *Psicología de los grupos. Teoría y Aplicación*, 7, 238. Ed. Síntesis Madrid.
- White, K.L. Introducción a las estadísticas de salud para el año 2000: pacientes, atención primaria, población y enfermedades. En: *Conferencia Internacional en Estadísticas de Salud para el año 2000*. Fundación Rockefeller y ONS. Budapest: Statistical publishing House, 1984;12-7.
- World Health Organization Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva: 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2)
- Zapf, D. "Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work". *International Journal of Manpower*, 1999, 20: (1/2) 70
- Zubin, J. Magaziner, J. Steinhauer, S. R. *The Metamorphosis of Schizophrenia: From Chronicity to Vulnerability*. Psychological Medicine, 1983.13, págs. 551-571.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES AFECTADOS PRO FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS  
EN SU ENTORNO LABORAL

María De Los Ángeles Carrión García

ISBN:978-84-691-0207-7/DL:T.2199-2007



**Facultad: Ciències de l'Educació i Psicologia**

**Departamento: Psicología**

**DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE  
PACIENTES AFECTADOS POR  
FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS  
EN SU ENTORNO LABORAL**

M<sup>a</sup> DE LOS ÁNGELES CARRIÓN GARCÍA

## **TESIS DOCTORAL**

# **DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES AFECTADOS POR FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS EN SU ENTORNO LABORAL**

Doctoranda: M<sup>a</sup> DE LOS ÁNGELES CARRIÓN GARCÍA

Director: Dr. Jordi Tous Pallarés - URV

Co-director: Dr. Manuel Pando Moreno - UdG (México)

**Tarragona, Mayo de 2007**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES AFECTADOS PRO FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS  
EN SU ENTORNO LABORAL

María De Los Ángeles Carrión García

ISBN:978-84-691-0207-7/DL:T.2199-2007

A mi hijo

A mis padres y hermano

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES AFECTADOS PRO FACTORES PSICOSOCIALES NOCIVOS  
EN SU ENTORNO LABORAL

María De Los Ángeles Carrión García

ISBN:978-84-691-0207-7/DL:T.2199-2007

No pierdas nunca tu bendita curiosidad

*Albert Einstein*

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer al Dr. Jordi Tous Pallarés, director de esta tesis doctoral y al Dr. Manuel Pando Moreno, co-director de la misma, la inestimable ayuda que me han brindado a través de sus reflexiones, de su transmisión de conocimientos, para poder plasmar aquí todas las experiencias recogidas en mi trayectoria profesional.

También muy especialmente a las Doctoras Pilar González y M<sup>a</sup> de Lourdes Preciado Serrano por sus enseñanzas y su entusiasmo. A los Doctores Carles Belil y Francesc Castanyer, Ingenieros, que sembraron en mí la curiosidad por el funcionamiento y mejora de las Organizaciones y abrieron mi mente al futuro.

A todos los que me han ayudado y confiado en mí. A Sunsi por su bella amistad, por transmitirme tanta paz y magia.

A aquellos que ya no están aquí pero siguen a mi lado: a Ricardo, mi papá, mi amigo, mi maestro, que me transmitió toda su energía y muchísimo amor. A Angelita, mi mamá, motor de la familia, porque siempre estuvo a mi lado. A mi hermano Ricardo con quién compartí tantas vivencias, buenos momentos, mucho cariño y complicidad.

Finalmente, mi amor y agradecimiento para Iván, mi hijo, por estar ahí, por ser como es, por su espíritu creativo, su música, su cariño y ánimo constante, del que siempre aprendo y está en el centro de mi corazón.

# Capítulo Introdutorio

# **PARTE I:**

# **Fundamentos de la**

# **Investigación**

# Capítulo 1

## Mobbing

## **Capítulo 2**

# **Clasificación Enfermedades**

## **Capítulo 3**

# **Tratamiento Jurídico**

# **PARTE II**

## **Planteamiento de la Investigación**

# Capítulo 4

## Metodología

# **PARTE III**

## **Resultados**

# **Capítulo 5**

## **Estadísticos descriptivos de la muestra**

# **Capítulo 6**

## **Casos afectados por factores psicosociales nocivos**

# **Capítulo 7**

## **Casos no afectados por factores psicosociales nocivos**

## **Capítulo 8**

# **Comparación entre muestras de Afectados y No Afectados**

## **PARTE IV**

# **Conclusiones**

## **Capítulo 9**

# **Discusión y conclusiones.**

# **Referencias Bibliográficas**

# **Anexos**

## **“CDP” Clasificación**

### **Diagnóstica Psicosocial**