

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, palpitations, 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".