

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.

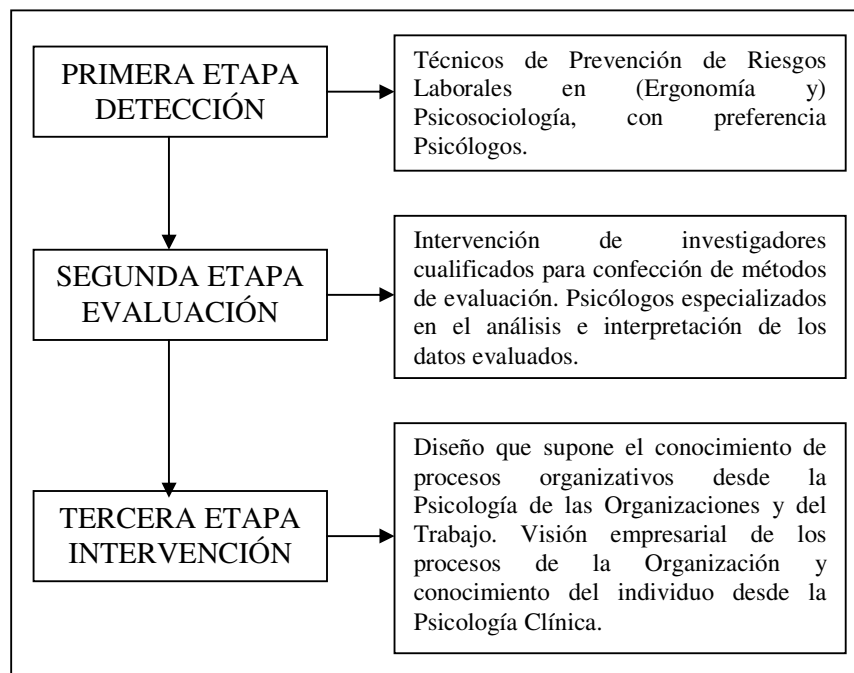


Figura 1. Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales

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

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.

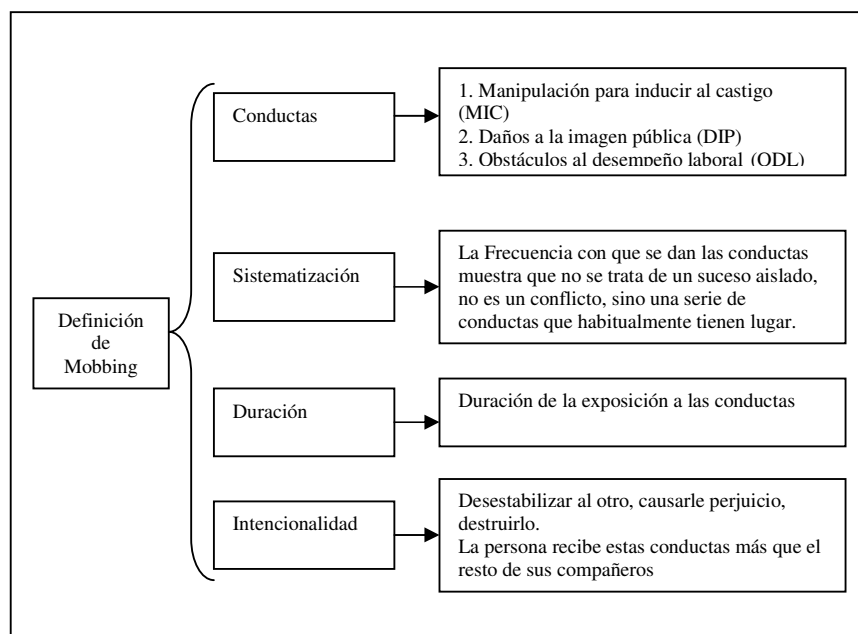


Figura 2.- Definición de Mobbing

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*.

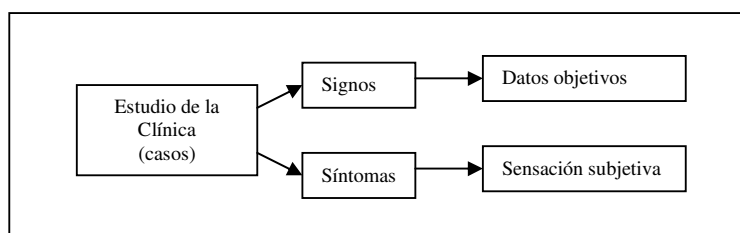


Figura 3. Nosología del Mobbing

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

DSM-IV 6
- Trastornos depresivos - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica - Trastorno del estado de ánimo no especificado
DSM-IV 7
- 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
DSM-IV 13
- Trastornos primarios del sueño: Disomnias - Trastornos primarios del sueño: Parasomnias - Otros trastornos del sueño
DSM-IV 14
- Trastorno explosivo intermitente - Trastorno del control de los impulsos no especificado

DSM-IV 15
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo- Trastorno adaptativo con ansiedad- Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo- Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento- Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento- Trastorno adaptativo no especificado
DSM-IV 17
<ul style="list-style-type: none">- Factores psicológicos que afectan al estado físico- Problemas de relación no especificado- Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: Problema laboral

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

CIE-10 - F41
- 41.0 - Trastornos de pánico
- 41.1 - Trastornos de ansiedad generalizada
- 41.2 - Trastornos mixto de ansiedad y depresión
- 41.9 - Trastornos de ansiedad no especificados
CIE-10 - F43
- 43.0 - Reacción al estrés agudo
- 43.1 - Trastorno de estrés post-traumático
- 43.2 - Trastorno de adaptación
- 43.8 - Otras reacciones al estrés grave
- 43.9 - 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.

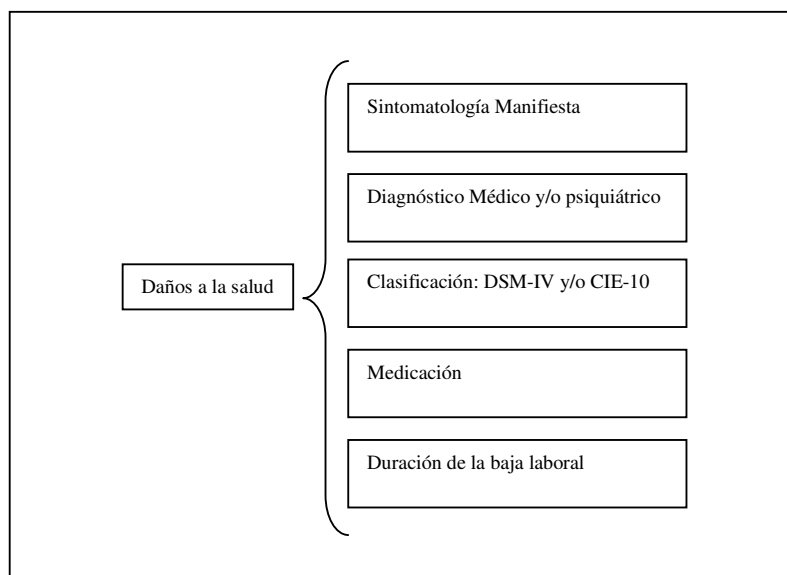


Figura 4. Daños a la salud

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

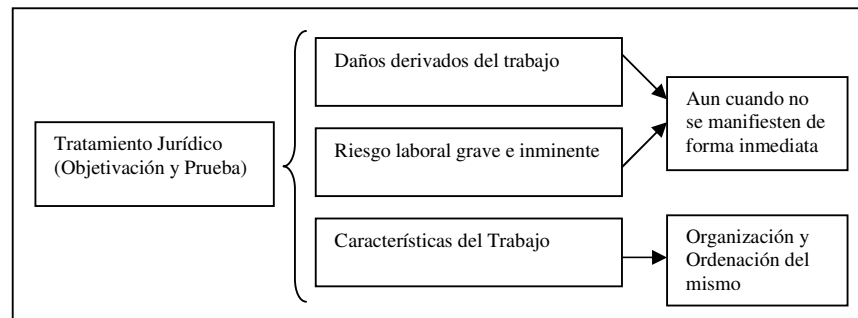


Figura 5. Tratamiento Jurídico