

# **Diagnósticos para el acoso laboral**

José Ángel López, 2003 ©

Psicólogo

Práctica clínica y laboral privada, Santa Cruz de Tenerife, España

[jalopez@correo.cop.es](mailto:jalopez@correo.cop.es)

Maite Santamaría, 2003 ©

Psicóloga clínica

Servicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

[ms@correo.cop.es](mailto:ms@correo.cop.es)

## ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN. ....	-3-
2	DIAGNÓSTICOS APLICABLES AL CUADRO DE LA PERSONA ACOSADA .....	-4-
	2.1 Trastornos por Estrés Postraumático y por Estrés Agudo .....	-5-
	2.2 Trastornos Adaptativos .....	-9-
	2.3 Otras etiquetas .....	-10-
3	CONCLUSIONES .....	-10-
4	LISTADO DE TÉRMINOS USADOS .....	-11-
5	BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES .....	-12-
	Tabla 1. Comparación de criterios diagnósticos del TEPT y del TEA (construida a partir de la fuente: DSM-IV) .....	-8-

**RESUMEN:**

Los autores pretenden facilitar la reflexión de los profesionales de la salud sobre las etiquetas diagnósticas disponibles actualmente para afrontar la situación de la víctima del “acoso psicológico en el trabajo”.

**ABSTRACT:**

The authors, as health professionals, think about available clinical diagnosis that fit the situation of mobbing victims.

**Palabras-clave:**

“acoso laboral”, “acoso psicológico en el trabajo”, “diagnóstico”, “víctima”

**Key-words:**

“mobbing”, “bullying”, “diagnosis”, “victim”

## 1 INTRODUCCIÓN.

El fenómeno del “acoso psicológico en el trabajo” o “acoso laboral” ha cobrado una importancia inusual en los últimos años. Más allá de que pueda considerarse fruto de una moda o del oportunismo de los medios de comunicación, se trata de un fenómeno emergente en la vida social y laboral, incluso judicial, que se merece un tratamiento riguroso y científico. Nos podríamos preguntar: ¿Es un fenómeno nuevo o se trata de algo que ya venía sucediendo y para lo que no existían definiciones?, ¿en qué medida intervienen en él aspectos psicopatológicos de las personas implicadas?, ¿por qué de pronto se le otorga esta importancia y atención?

A continuación vamos a analizar diferentes etiquetas diagnósticas que podemos encontrar en los manuales al uso en relación con la situación de “acoso laboral” que puede sufrir una víctima. Incluso para los psicólogos cognitivos y conductuales la necesaria comunicación interdisciplinar (con profesionales de la medicina, del derecho, de los medios de comunicación, con psicólogos de otras orientaciones, etc) convierte en un “must” profesional, en una obligación ineludible, el hecho de estar al día en estos fenómenos. Es obvio que para llegar a cualquier diagnóstico, para garantizar cualquier intervención, habrá sido imprescindible realizar una evaluación rigurosa previa de la persona concreta afectada, su sintomatología y otras circunstancias pertinentes.

Hay dos puntos que conviene resaltar:

- Los términos “*acoso laboral*”, “*mobbing*” o “*bullying*”, no hacen referencia en sí mismos a una patología ni a un síndrome clínico, aunque algunas fuentes parecen confundirlo. El “*acoso laboral*” sería la causa externa, la fuente de estrés, el acontecimiento traumático al que posteriormente nos vamos a referir, y no su consecuencia.
- Aquí abordaremos la sintomatología de la víctima. Sin embargo, hay otros protagonistas que también precisarían diagnóstico e intervención: acosadores, grupos y ambientes de trabajo, organizaciones laborales, y sus familias.

## 2 DIAGNÓSTICOS APLICABLES AL CUADRO DE LA PERSONA ACOSADA

Nos centraremos en los trastornos del Eje I, según el criterio de evaluación multiaxial del *DSM*. Esto es, eliminaremos en este artículo aquellos relativos a los trastornos de la personalidad y retraso mental (Eje II), y las enfermedades médicas (Eje III) que pudiera padecer la víctima. Más específicamente, nos centraremos en aquellos que hacen hincapié en los factores causales externos como es la experimentación de situaciones traumáticas o estresantes. Esta decisión tiene carácter metodológico, en cuanto delimita el campo de estudio que de otra manera sería cuasi infinito; evidentemente los trastornos de personalidad (en especial, pero no exclusivamente, los paranoides) y otros muchos factores (redes de comunicación organizacional, simulación, etc) pueden estar en la base de la percepción o ideación de un supuesto acoso que no siempre encuentra justificación en los hechos reales. En este artículo vamos a basarnos en las respuestas producidas por una situación de acoso real.

En esta línea de trabajo encontramos los *Trastornos por Estrés Postraumático* (F43.1), *por Estrés Agudo* (F43.0) y los *Adaptativos* (F43.20). Estos tres presentan en nuestra opinión un buen ajuste al cuadro sintomatológico de las víctimas de acoso laboral, lo que no es óbice para que dichas víctimas puedan o no desarrollar éstos o cualquier otro trastorno. El *Trastorno por Estrés Postraumático* (TEPT) y *por Estrés Agudo* (TEA) quedan incluidos en el DSM-IV en los Trastornos de Ansiedad, mientras el *Trastorno Adaptativo* (TA) tiene su propio capítulo.

Dejaremos aparte los *Trastornos Psicótico Breve con Desencadenante/s Grave/s* (F23.81), los *Disociativos* (F44), y el *Duelo* (Z63.4), tanto por el tipo de estresor identificable en este último como por la bajísima probabilidad de que se consoliden como reacciones típicas y esperables del *acoso laboral*. No obstante, tampoco quiere decir con ello que debamos ignorarlas taxativamente.

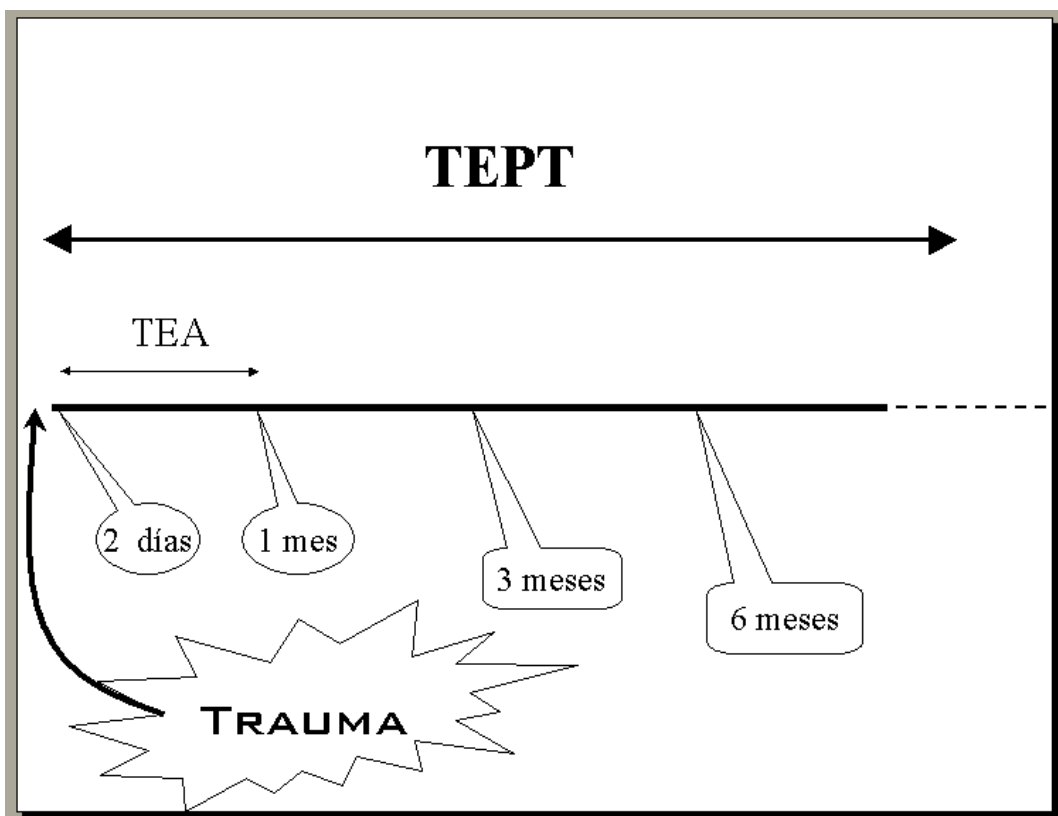
Un primer paso en la aplicación de estas posibles etiquetas sería descartar la existencia de elementos psicóticos y de ideas paranóicas, de otros trastornos mentales causados por tal trauma o a raíz de él, de

trastornos pre-existentes del eje I ó II con la actual sintomatología, de enfermedades médicas o sustancias que pudieran causar esa sintomatología, así como de *Trastornos Facticios* (F68.1) o de *Simulación* (Z76.5).

El propio *DSM* justifica la posibilidad de que el clínico cualificado realice un diagnóstico en el que falte alguno de los criterios, cuando el conjunto del cuadro en su opinión pueda considerarse como tal. Dado ese evento traumático, identificable, de carácter extremo, vivido por la víctima que acude a nosotros, ¿qué criterios nos llevarían a encuadrar su sintomatología en una u otra categoría?

## 2.1 Trastornos por Estrés Postraumático y por Estrés Agudo

Nos puede ayudar a situarnos mejor ante su uso el hecho de tener en cuenta el origen histórico de estas etiquetas: el TEPT -en inglés "*Posttraumatic Stress Disorder*" (*PTSD*)- fue introducido tras la guerra de Vietnam para recoger la sintomatología que presentaban aquellos excombatientes tras su regreso a EE.UU.; el TEA -en inglés "*Acute Stress Disorder*" (*ASD*)- ha hecho una aparición mucho más tardía al ser recientemente incorporado al *DSM-IV* para cubrir algunas lagunas dejadas por el TEPT.



**Figura 1** Dimensión temporal en el TEPT y el TEA. Aparición y duración de la sintomatología

Empezaremos por uno de los últimos criterios definidos en *el DSM-IV*: el temporal. La figura 1

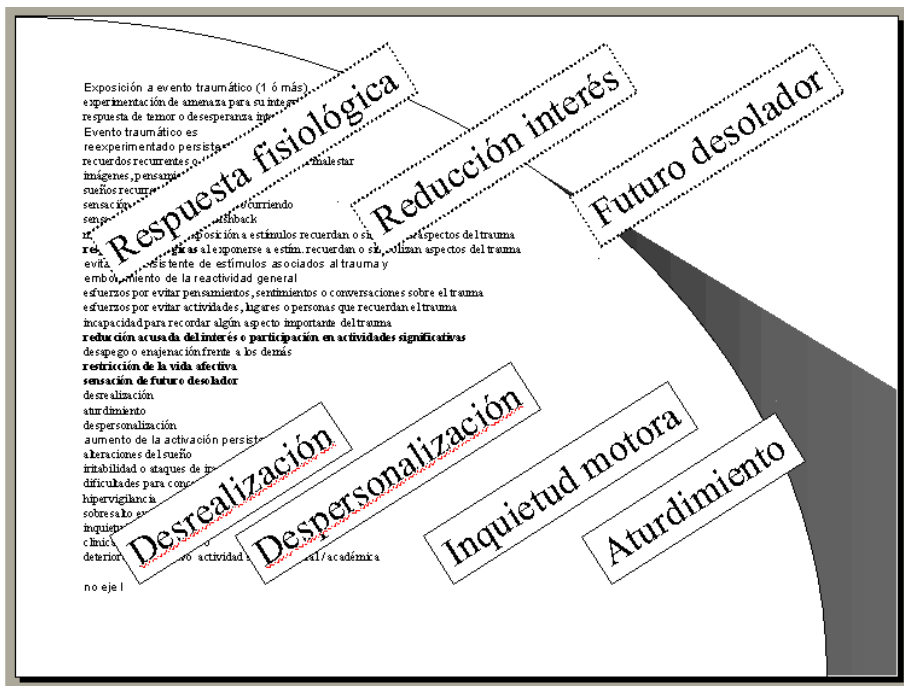
representa la línea de la vida de una persona que sufre un trauma, donde se marcan los tiempos de interés para el TEA (en redondo) y para el TEPT (en cuadrado).

El término de “agudo” nos hace prever ya una aparición y un curso rápidos, y los criterios vienen a confirmarlo. Por el momento de aparición de los síntomas tenemos que el TEA ha debido aparecer dentro del primer mes siguiente al trauma; el TEPT puede aparecer incluso transcurridos los 6 meses o más, incluso años.

Por la duración de la sintomatología, el TEA se resuelve como máximo en un mes, mientras que el TEPT dura más de ese plazo pudiendo evolucionar a crónico al pasar de los 3 meses.

En la tabla comparativa 1 vemos los otros criterios recogidos en *el DSM- IV*; en la primera columna tenemos los criterios diagnósticos, en la segunda marcamos los correspondientes al TEPT, y en la tercera, los correspondientes al TEA.

En cuanto a la relación de criterios vemos que el TEPT presenta algunos que no están definidos en el TEA: *respuesta fisiológica (B5)*, *reducción acusada del interés en participar en actividades*



**Figura 2** Criterios que aparecen de forma diferencial en el TEPT (arriba) y en el TEA (abajo)

*significativas (C4)*, *sensación de futuro desolador (C7)*. Estos dos criterios se conforman como componentes de una respuesta de tipo depresiva.

A su vez, están en el TEA pero no en el TEPT los siguientes (enmarcados en la Figura 2): *desrealización (B3)*, *despersonalización (B4)*, *aturdimiento (B2)*, *inquietud motora (E)*. Aquellos tres

criterios B quedarían más enmarcados en una sintomatología disociativa, distintiva del TEA.

A pesar de estas diferencias de concreción, ambas categorías mantienen los niveles de variables: reexperimentación, activación, síntomas disociativos, y evitación.

Una diferencia sustancial se encuentra en el número de criterios que deben cumplirse para uno u otro diagnóstico, siendo más exhaustivo el TEPT. Además, en el TEA tiene mayor importancia el componente disociativo.

Un problema aparente en el uso del diagnóstico de TEPT es que la literatura precedente exigía que la situación estresante estuviera más allá de los límites de la experiencia humana, lo que vendría casi a invalidar su aplicación en el acoso. Sin embargo, la versión actual permite recoger otras experiencias no tan límite como el “*diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal*”, el “*conocimiento por los padres de una enfermedad grave en su hijo*”, las “*peleas familiares*”, incluso en el *RTM-II* se recogen situaciones como el divorcio y el duelo. Debemos tener en cuenta, asimismo, que la condición de que el agente del trauma sea un ser humano agrava el potencial de daño de la situación estresante acercándola a esos límites que parece exigir el TEPT.

Otro factor a considerar es el número de eventos estresantes o su continuidad en el tiempo. Los criterios diagnósticos para ambos establecen que pueden ser uno o más. Sin embargo, parece que en el TEA asume mayor protagonismo la existencia de una situación traumática desencadenante; en el TEP se viene aceptando de forma expresa que la acumulación de “pequeños” traumas o su continuidad en el tiempo puede acabar provocando la aparición de la sintomatología del trastorno.

CRITERIOS	TEPT	TEA
Exposición a evento traumático (1 ó más)	X	X
Experimentación de amenaza para su integridad	X	X
Respuesta de temor o desesperanza intensos	X	X
Evento traumático es reexperimentado persistentemente	X	X
Recuerdos recurrentes o intrusos que provocan malestar	X	X
Imágenes, pensamientos o percepciones	X	X
Sueños recurrentes molestos	X	X
Sensación de que el trauma está ocurriendo	X	X
Sensación, alucinaciones, flashback	X	X
Malestar intenso por exposición a estímulos recuerdan o simbolizan el trauma	X	X
Respuestas fisiológicas al exponerse a estím. recuerdan o simbolizan el trauma	X	
Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y	X	X
Embotamiento de la reactividad general	X	X
Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el trauma	X	X
Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que recuerdan el trauma	X	X
Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma	X	X
Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas	X	
Desapego o enajenación frente a los demás	X	X
Restricción de la vida afectiva	X	X
Sensación de futuro desolador	X	
Desrealización		X
Aturdimiento		X
Despersonalización		X
Aumento de la activación persistente	X	X
Alteraciones del sueño	X	X
Irritabilidad o ataques de ira	X	X
Dificultades para concentrarse	X	X
Hipervigilancia	X	X
Sobresalto exagerado	X	X
Inquietud motora		X
Clínicamente significativo	X	X
Deterioro significativo actividad social / laboral / académica	X	X
Más de 1 mes	X	
De 2 a 30 días		X
No otros trastornos		X

Tabla 1. Comparación de criterios diagnósticos del TEPT y del TEA (construida a partir de la fuente: DSM-IV)



## 2.2 Trastornos Adaptativos

El término inglés para esta categoría diagnóstica es “*Adjustment Disorders*” (AD). En la aproximación a este tipo de trastornos ocasionados a raíz de la presencia de un estresor identificable, precisamente de carácter psicosocial, resurge la dicotomía en asignar la importancia

o bien a esos factores externos ambientales,

o bien a las variables de la víctima, tales como su vulnerabilidad u otras características de personalidad.

El *CIE-10* se decanta hacia darle protagonismo a la falta de capacidad de reacción de la persona, mientras que el *DSM-IV* parece inclinarse más hacia una concepción ambientalista dándole mayor importancia al estresor.

En línea con las investigaciones más actuales sobre el estrés, y en concreto sobre el estrés laboral, la visión interaccionista debería estar presente a la hora de abordar esta problemática. De cualquier forma, ya estaba recogido en el “*Síndrome General de Adaptación*” de Selye dentro del modelo de respuesta al estrés que los ataques continuados o desproporcionados que sufren los organismos por parte de los estresores acaban provocando el derrumbe de su sistema defensivo, que de forma homeostática está biopsicológicamente diseñado para desarrollar mecanismos de respuesta adaptativa contra las fuerzas y amenazas cambiantes ambientales.

La etiqueta de TA viene a componer una especie de “cajón de sastre” donde pueden quedar acogidos todos aquellos síntomas que, creando malestar significativo y deteriorando la vida laboral, académica y/o social, no tuvieran cabida en otro diagnóstico. Recoge de forma especial los estresores de carácter crónico, debiendo aparecer los síntomas durante los tres meses siguientes a la situación traumática, con una duración de seis meses (aunque la cronicidad del estresor puede ampliar ese plazo de efectos más allá de los seis meses).

En cualquier caso, la calificación de “cajón de sastre” que hemos hecho no invalida la posibilidad que esta etiqueta ofrece al clínico a la hora de encuadrar la sintomatología que no cabe en otros “trastornos mayores”, ni mucho menos invalida el sufrimiento (y su reconocimiento) de la víctima.

### 2.3 Otras etiquetas

Reseñamos algunas otras etiquetas aplicables al acoso que están en uso en las fuentes consultadas:

\*“*Trastorno por Estrés Agudo Prolongado*”. Intenta superar la limitación impuesta por el TEPT para la magnitud de la experiencia vivida, y ante el límite temporal del TEA.

\*“*Estrés traumático secundario / vicario / de compasión / indirecto*”. Trastorno que pueden sufrir los profesionales que ya como terapeutas, investigadores o profesores abordan estas situaciones, al vivir de forma vicaria el sufrimiento de las víctimas.

\*“*Depresión / ansiedad reactiva*”: terminología que hace mención al origen atribuido al trastorno: externo (reactiva) frente a desconocido u orgánico (endógena).

## 3 CONCLUSIONES

Las etiquetas diagnósticas disponibles hoy en día nos permiten atender la sintomatología manifiesta por las personas que sufren acoso laboral, como hemos expuesto en este artículo. Ello no debería confundir acerca de la naturaleza psico-socio-laboral de tal fenómeno que trasciende a la víctima individual que acude al clínico en petición de ayuda.

En una segunda fase cabría seguir ahondando sobre el tema, en otros artículos dedicados al análisis de los factores de personalidad y otras patologías predisponentes del acosado y del acosador, así como de los rasgos distintivos de las organizaciones o entornos laborales más proclives al fenómeno del acoso.

En una tercer fase se abordaría el tema de las posibles intervenciones preventivas y terapéuticas, tanto en los niveles individual como organizacional.

#### 4 LISTADO DE TÉRMINOS USADOS

Abuse

Acoso laboral

Bullying

CIE-10

Diagnóstico

DSM-IV

Duelo

Estrés traumático secundario / vicario / de compasión / indirecto

Evaluación

Evaluación multiaxial

Harassment

Mobbing

RTM-II

Simulación

Síndrome General de Adaptación

Síntomas disociativos

Trastorno por Estrés Agudo

Trastorno por Estrés Agudo Prolongado

Trastorno por Estrés Postraumático

Trastorno Psicótico Breve con Desencadenante/s Grave/s

Trastornos Adaptativos

Trastornos Disociativos

Trastornos Ficticios

## 5 BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

Kuper, E (2001). Prevalencia de eventos traumáticos en una población médica y paramédica. *Interpsiquis*

López, J. A.; Araña, M. (2002). Mimeógrafo. Ponencia sobre “Etiquetas diagnósticas en el acoso laboral”, Curso “Acoso laboral: un enfoque interdisciplinar”, Universidad de La Laguna, Tenerife.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid MEDITOR

Pichot, P (coord) (1983). *DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Pichot, P (coord) (1988). *DSM-III-R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Pichot, P (coord) (1995). *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Soler, P.A. & Gascón, J. (coords.) (1999). *RTM-II 2ª Ed. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Spitzer, R; Gibbon, M; Skodol, A; Williams, J; First, M. (coords) (1996). *DSM-IV. Libro de casos*. Barcelona: Masson.

Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly* 8, 2, Spring 1997.

[tymc@listserv.rediris.es](mailto:tymc@listserv.rediris.es), (2002), Lista de correo de Rediris sobre Terapia y Modificación de Conduita, aportaciones de los miembros.

<http://www.nimh.nih.gov>, National Institute of Mental Health (NIMH)

<http://www.successunlimited.co.uk/stress/ptsd.htm>, Post traumatic Stress Disorder (PTSD), Complex PTSD and trauma caused by bullying, harassment and abuse

AUTOR: José Ángel López Fernández

[jalopez@cop.es](mailto:jalopez@cop.es)

<http://www.cop.es/colegiados/T-00921/jal.htm>