

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO: DESPISTAJE DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR MOBBING Y ELEMENTOS DEL DICTAMEN PERICIAL LABORAL

Margarita de la Iglesia Marí

Doctora en Medicina y Cirugía, Médico Especialista en Medicina Legal y Forense
y Médico Especialista en Medicina del Trabajo

SUMARIO: 1. EL MOBBING Y LA JURISDICCIÓN LABORAL.-2. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CAUSA-EFECTO ENTRE TRAUMA PSÍQUICO Y DAÑO PSICO-SOMÁTICO.-3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNDROMES DE ESTRÉS EN EL ÁMBITO LABORAL.-4. CONSIDERACIONES PRELIMINARES PARA ALCANZAR DIAGNÓSTICO DE CERTEZA DE MOBBING.-5. ELEMENTOS DEL DICTAMEN MÉDICO-LEGAL Y PROCEDIMIENTO PERICIAL.-6. MODELO NEURO-BIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMO MÉTODO OBJETIVO PARA VALORAR LA EXISTENCIA DE SECUELAS POR DAÑO CEREBRAL.-7. VALORACIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL.-8. CONCLUSIONES.-BIBLIOGRAFÍA.

El «mobbing» y la jurisdicción laboral

El acoso moral en el trabajo o *mobbing* tiene como finalidad la *eliminación de un trabajador* del grupo de trabajo en que le rechaza (grupo acosador), mediante el ejercicio de coacciones continuadas para provocar su *aislamiento* sociolaboral o que emprenda la huída de forma voluntaria o forzada (invalidez, jubilación anticipada, despido, cambio de puesto de trabajo, traslado forzoso).

La relación entre la víctima-diana y el grupo acosador es que tienen que estar, necesariamente, en contacto recíproco por razón de su trabajo habitual. Esta característica es el nexo con el trabajo habitual y, por tanto, que la aparición de un estado de enfermedad en la víctima como consecuencia de este motivo se incluya dentro de las enfermedades del trabajo.

El *mobbing* es el acoso horizontal de un *grupo perverso* dentro de una organización empresarial y con una estructura específica:

1. Liderado por un *instigador* que promueve y ejecuta el hostigamiento continuado.

2. *Adeptos fieles* que colaboran activamente en el acoso.

3. *Testigos mudos* que pese a ser conocedores del acoso, insolidariamente colaboran en la indefensión de la víctima.

4. Caldo de cultivo: un ambiente laboral con un *grupo de poder fáctico* que marca *pautas arbitrarias de control y posicionamiento en el organigrama* y crea, por consiguiente, unas condiciones de trabajo psicológicamente insanas a quien se desea excluir.

Desde el punto de vista médico-laboral los Juzgados de lo Social pueden entender de casos de *mobbing* bajo una doble perspectiva: como una enfermedad del trabajo (accidente de trabajo) y como un incumplimiento de la vigilancia a la salud del trabajador (Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, Real Decreto 39/1997 y norma UNE 81902:1996EX).

En los Juzgados de lo Social, el principal motivo de controversia entre las partes interesadas (el trabajador, la empresa y el INSS) es la *contingencia*, esto es, establecer si se trata de una enfermedad común, de una enfermedad profesional o de una enfermedad del trabajo. Por este motivo el nexo causal con el trabajo es el punto central en el peritaje medicolegal laboral.

Establecer la diferencia entre una enfermedad común, una enfermedad profesional y accidente de trabajo va más allá de sus conceptos legales a tenor del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Título II, Capítulo III, Secc. 1ª, arts. 115 y 116); ya que, siendo todas ellas contingencias protegibles, existen diferencias económicas sustanciales entre la enfermedad común y el accidente de trabajo.

El concepto básico de accidente de trabajo (*art. 115*) es toda lesión corporal que el trabajador sufre *con ocasión o como consecuencia* del trabajo que ejecute por cuenta ajena. En el apartado 2 de este artículo se especifican los criterios por los que la enfermedad del trabajo tiene consideración de accidente de trabajo, y concretamente en los apartados e, f y g:

Apartado e: Las *enfermedades* no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador *con motivo de la realización de su trabajo*,

siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por *causa exclusiva* la ejecución del mismo.

Apartado f: Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente

Apartado g: Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración gravedad o terminación, por *enfermedades intercurrentes*, que constituyan *complicaciones* derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o *tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación*.

La enfermedad del trabajo tiene consideración de accidente de trabajo por su nexo causal con el trabajo; pero también se considera nexo causal la enfermedad silente que ha aparecido o un estado pre-existente que se haya agravado. Este concepto legal es el que permite definir que el trabajador enfermo por un *mobbing* tiene una enfermedad del trabajo y, por tanto, consideración de accidente de trabajo. El *nexo con el trabajo habitual* es *directo y exclusivo*, ya que radica en la necesaria relación de contacto recíproco entre víctima-diana y el grupo acosador por razón de su trabajo habitual (organigrama, tareas compartidas, tareas delegadas, espacio físico, comunicación) ^{16, 17}

Esta consideración nos lleva a la siguiente: el *estado pre-existente* o comórbido de un trabajador en relación una menor capacidad de afrontamiento o una fragilidad física y psíquica ante la vivencia estresadora ¹² como la de un acoso continuado en el trabajo, no desvirtúa el nexo causal; ya que no impide que siga siendo considerado como accidente de trabajo. Asimismo, este concepto enlaza con la segunda perspectiva del problema: el incumplimiento de la *vigilancia a la salud* del trabajador.

Según la doctrina básica del primer comité de expertos de la OIT y OMS que se celebró en 1950, el objetivo de la salud laboral es la de «fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todos los daños a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su trabajo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas» ¹

Aunque la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su glosario de términos no define la *vigilancia a la salud*, las normas UNE 81902:1996EX sí la definen como: «el control y seguimiento del estado de salud de los trabajadores con el fin de detectar signos de enfermedades derivadas del

trabajo y tomar medidas para reducir la probabilidad de daños o alteraciones posteriores de la salud»¹.

La Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, establece la obligatoriedad de todas las empresas de contar con un servicio de prevención, propio o ajeno, para el control del estado de salud de sus trabajadores ². Este control debe ser dirigido y tutelado por un médico especialista en Medicina del Trabajo. Se materializa en los reconocimientos médicos mediante examen básico de salud y protocolos de riesgos específicos del trabajador: al inicio de su actividad en la empresa; periódicamente en función de los riesgos específicos (anual, bianual, semestral); y al volver al trabajo después de un periodo de baja laboral ².

La evaluación de los aspectos sanitarios en los protocolos médicos se establecen en función de los riesgos específicos que hayan detectado los Técnicos en Prevención. Y se extiende a la *valoración del ambiente de trabajo*, con el fin de elaborar una estrategia preventiva global y específica para cada sector, empresa, puesto de trabajo o grupo homogéneo de trabajadores, respecto al *riesgo*. Sin olvidar que debe realizarse conforme a criterios deontológicos para evitar que se convierta en una selección de personal encubierta ¹.

En la actualidad existen 25 protocolos médicos aplicables a riesgos específicos ¹⁹. La mayoría de estos protocolos son aportados por el Ministerio de Sanidad, quien sigue confeccionando nuevos protocolos a tenor de los riesgos laborales de más frecuente presencia en el medio laboral. Otros protocolos han sido consensuados por la praxis médica en este campo. Entre los protocolos de riesgos específicos que guardan relación con la detección precoz de una patología psico-somática están: fatiga sensorial; fatiga física; fatiga mental; estrés; insatisfacción; discomfort; y riesgos potenciados por el estado de salud ¹⁹.

El incumplimiento de la vigilancia a la salud del trabajador expuesto a un riesgo acarrea sanciones graves a la empresa. Y mucho peor es la sanción si no se ha detectado y evaluado el riesgo. Por tanto, un trabajador enfermo por una vivencia estresante en el trabajo, que no haya sido detectada o si fue detectada no ha sido eliminada si era factible o no controlada si el riesgo no es eliminable, es legalmente sancionada como infracción grave. Y, al mismo tiempo, el trabajador afectado tiene derecho a ser resarcido económicamente del daño ocasionado por falta de medidas de seguridad y de vigilancia a la salud.

Todo esto nos lleva, nuevamente, a esa doble perspectiva del conflicto judicial laboral que supone el enfrentamiento entre una empresa y un trabajador enfermo, por haber sufrido un acoso moral en el trabajo:

1) El trabajador *debe probar el nexo causal con el trabajo* para que le sea reconocida la contingencia de accidente de trabajo. Y, secundariamente, si ha quedado en una situación de invalidez permanente e irreversible.

2) El trabajador debe probar que, por el mismo hecho de esa contingencia y nexo causal, está en *situación de riesgo específico* (vivencia estresadora continuada) que no ha sido valorado por la empresa o bien, si la empresa conocía el riesgo, no se han tomado medidas protectoras para el trabajador.

El análisis de una relación causa-efecto entre un presunto acoso grupal y los síntomas y signos de enfermedad y/o invalidez que presenta un trabajador, requiere un despistaje que abarque varias disciplinas: clínica médica; estudio de pruebas diagnósticas; análisis clínicos; estudios de imagen; psiquiatría médico-legal; criterios de causalidad médico-legal; estudio de causa y concausas; detección de simuladores y disimuladores, etc. No depende sólo de una formación sólida y variada, sino una experiencia médico-legal para la exposición de las conclusiones.

El peritaje médico-legal se basa en la *objetivación de hechos* que afectan a la salud, no en conjeturas o dogmatismos teóricos de una u otra escuela filosófica; y para ello sólo es válido el método científico, que necesita del auxilio de *pruebas diagnósticas objetivas*, que avalen las conclusiones del dictamen, más allá que la simple observancia de síntomas. Por este motivo no es riguroso circunscribir un peritaje de las características de un *mobbing* a una batería de test psicológicos; ya que sería como pretender valorar el dolor incapacitante de una lesión neurológica mediante un test y no mediante un estudio electrofisiológico; o determinar que el nexo causal de la diabetes siempre es atribuible de una falta de control del enfermo ante la tentación de los pasteles.

El peritaje debe de adaptarse a la cuestión pericial planteada: La existencia o no de una vivencia traumatizante concreta, acaecida en el lugar y/o tiempo de trabajo y, como consecuencia, un daño secuelar en el trabajador. En definitiva, existe el deber de usar todos los medios de que la ciencia médica dispone para alcanzar un *diagnóstico de certeza* sobre la relación causal y valorar el daño.

Análisis de la relación causa-efecto entre trauma psíquico y daño psico-somático

Concepto de trauma psíquico y daño psico-somático

Desde el punto de vista psíquico el concepto de *trauma*, es aquella *vivencia amenazante y/o desafiante que origina un choque o sentimiento emocional y que deja una impresión duradera en la subconciencia*³.

El *daño psico-somático* es la evolución patológica de esa vivencia traumática, que puede ir desde la resolución, en días o semanas, hasta una enfermedad invalidante. El concepto de *daño* no es, por tanto, equivalente a un recuerdo desagradable de tiempo pretérito, sino que guarda relación: a) con el *agente estresador*: por su intensidad y/o por su cronicidad; b) con la *severidad de respuesta disociativa* de la víctima ante los hechos estresadores: por la carga emocional; por la carga simbólica; por la capacidad de desorganizar el autocontrol de la víctima y el estilo de afrontamiento; por la falta de apoyo social; c) con el *grado de indefensión* de la víctima ante dicha vivencia; y d) con la *falta de apoyo terapéutico* específico y precoz^{3,17}.

Esta combinación de circunstancias es la que produce un *estado de vulnerabilidad transitoria* o una *vulnerabilidad permanente* a quien lo padece y la progresión del *daño* hasta los diferentes *grados de enfermedad*, esto es: *cambios neuro-bioquímicos cerebrales* que rompen su homeostasis y son responsables de diferentes *trastornos psíquicos con o sin cortejo psico-somático y potencialidad para afectar a órganos*.

Según sea el *agente estresador* y el *momento en que el paciente se percató* de él, son posibles tres tipos de trastornos psíquicos derivados de una vivencia estresante³: trastorno de estrés agudo; trastorno adaptativo; y trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de estrés agudo (TAE): su peculiaridad es que *aparece en el mes siguiente a la exposición estresante y dura un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas*. No necesariamente se produce por una vivencia amenazante sino que basta que sea desafiante. Al ser un trastorno de corta duración, *el desequilibrio neuro-bioquímico tiene capacidad de restaurarse y no dejar secuelas funcionales permanentes*. Este tipo de trastorno se encuentra en el mundo laboral: accidentes; sobrecarga temporal de trabajo; cambios en el puesto de trabajo; extinción próxima del contrato de trabajo; periodos de huelga; asunción de riesgos laborales, etc.

Trastorno de adaptación (TA): aparece siempre *dentro de los 3 meses posteriores a la exposición estresante*. Puede llegar a resolverse o hacer-

se crónico. Produce deterioro psico-somático que afecta a la capacidad funcional y ocupacional; pero *no cumple los criterios típicos del TEP*. Y su característica es que *cuando cesa o se elimina el elemento estresador los síntomas no persisten por más de seis meses adicionales*. Este tipo de trastorno se encuentra en el mundo laboral: traslados forzosos; asunción de nuevos riesgos laborales; cambios operacionales en la empresa; asunción de nuevas tecnologías o nuevas cargas laborales; síndrome de fatiga crónica; «burn-out»; estrés laboral crónico.

Trastorno por Estrés Postraumático (TEP): aparece cuando la persona ha sufrido o sufre una *experiencia traumatizante de AMENAZA para la vida o para su integridad vital y cuando la reacción emocional implica una respuesta intensa de miedo, desesperanza o angustia vital* (criterio A del TEP necesario). Es más frecuente la forma crónica de aparición retardada (a partir de 6 meses). Tiene *fases y síntomas típicos*:

Primera fase: fuerte reacción disociativa y prolongada (negación, evitación, incredulidad, no sabe qué le pasa, ni conoce el por qué) por la impregnación amenazadora sin percepción del factor estresador; lo que determina una fase de alarma atípica.

Segunda fase: hipervigilancia (sobresalto, irritabilidad, cólera); fobia; re-experimentación (intrusiones cognitivas y somáticas); angustia que interfiere la vida normal; sentimientos de culpabilidad; desesperanza vital; indefensión.

Tercera fase: desestructuración de la personalidad; secuelas cognitivas y afectivas; estados patológicos comórbidos orgánicos vinculados topográficamente (ej.: diabetes; cardiopatías; disfunciones endocrinas; infertilidad; desarrollo de tumores; etc.).

Los *criterios diagnósticos* del TEP son diferentes según la DSM-IV-TR y la CIE-10 en tres elementos de clasificación nosológica:

1. *Factor amenazante*: para la CIE-10 tiene que provocar malestar en cualquier individuo; mientras que para DSM-IV-TR no.

2. *Criterio D* (síntomas por aumento de activación arousal): para la CIE-10 no es indispensable, sino que basta con una merma para recordar aspectos importantes del trauma; sin embargo, para DSM-IV-TR el criterio D es indispensable.

3. *Duración de los síntomas*: para la CIE-10 no existe una mínima de los síntomas; mientras que para DSM-IV-TR sí precisa que duren más de 1 mes.

Este tipo de trastorno se puede apreciar en el mundo laboral: accidentes graves o catástrofes laborales (incendios, derrumbes, explosiones,

asfixias, intoxicaciones, etc.); acoso sexual; acoso sexista o por discriminación; y en el «mobbing» o acoso moral en el trabajo.

Diagnóstico diferencial de los síndromes de estrés en el ámbito laboral

En términos generales el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo define el estrés como «*la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas*»⁵. Este concepto, simplista y anticuado, sólo define el estrés como un desajuste por factores internos o externos. Por tanto, es necesaria una conceptualidad específica que relacione trauma y daño desde una relación de causalidad: etiológica, cronológica, topográfica, cuantitativa, continuidad sintomática y proporcionalidad³.

El estrés como respuesta vivencial no significa que cualquier evento estresante sea dañino a perpetuidad; ni que la vivencia de un desafío o de una amenaza sean lo mismo; ni que todas las amenazas para la integridad de la persona sean iguales^{4, 5, 18}.

No toda situación estresante aguda o crónica es un acoso moral en el trabajo; pero tampoco el acoso moral, que lleva implícito una *violencia amenazante y prolongada*, es un simple desajuste intrapersonal para la resolución de conflictos. Lo que vulgarmente entendemos como estrés, nada tiene que ver con la vivencia de psico-terror en un acoso moral^{16, 18}

Los *factores estresadores* capaces de alterar la *homeostasis psíquica* pueden ser *desafiantes* o *amenazantes*; y dentro de estos últimos, existen *diferencias en el modo de provocar el desequilibrio psíquico*: la vivencia amenazante de una catástrofe no es comparable a la de una tortura psicológica solapada (ej: maltrato doméstico; *mobbing*). La *intencionalidad* del perverso^{17, 18} que actúa sutil y enmascarado, precisamente para desestabilizar el equilibrio de los valores más simbólicos de su víctima, es un *factor de peligrosidad*, que un evento accidental no tiene.

El análisis de variables influyentes en el ambiente laboral (tipo de trabajador; símbolos conceptuales vitales para el trabajador; factor estresador; tipo de tareas; grupo laboral; empresa; y síntomas predominantes) permite establecer un *diagnóstico diferencial*¹⁸ entre diversos síndromes de estrés: síndrome de fatiga crónica; estrés laboral simple; síndrome «estar-quemado» («burn-out»); acoso sexista o por discriminación; y acoso moral o *mobbing* (Tabla 1).

Síndrome de fatiga crónica

El paciente afectado de síndrome de fatiga crónica *tiene ganas, pero no tiene fuerzas*¹⁸. Se caracteriza por un cuadro crónico de *recaídas y remisiones parciales*, que clínicamente se parece a una «resaca» o a un *cuadro pseudo-gripal* en el que predominan en una *primera fase*: cefaleas migrañosas; dolores musculares y óseos sin inflamación; dolores de garganta, ganglios, febrícula, inapetencia; predominando un gran cansancio, que puede dejarle encamado más de 24 horas aun con un mínimo de ejercicio o actividad¹⁸.

Las frecuentes recaídas, de *más de seis meses* de duración cada una de ellas, son las que dan paso en una *segunda fase*: un paulatino deterioro emocional o intelectual y el miedo a perder el empleo.

La *afectación emocional* (ansiedad, depresión, pánico) aparece muy *al final de la enfermedad* y guarda relación con la *repetitividad* de las recaídas¹⁸, donde el paciente se hunde en la desesperanza de curación, teme perder el empleo y la vida afectiva familiar y social.

El *factor estresador* radica en un inadecuado o disarmónico autocontrol del propio trabajador, que *no ha medido bien sus fuerzas en proporción a sus metas*. Puede ocurrir en cualquier tipo de trabajo.

Estas personas se perciben débiles o inútiles pero con afán de superación y no son capaces de controlar las fuerzas en proporción a las metas; no se enfrentan a sí mismos; tienen tendencia a la autodestrucción; escasa satisfacción con el ocio y los vínculos afectivos (alexímicos). El estrés deviene de que proyectan todo su simbolismo vital en la *perseverancia*.

Lo que nunca existe en un síndrome de fatiga crónica es la figura del instigador; ni el aislamiento del resto del grupo; ni la incomunicación intencional; ni denuncias o expedientes sancionadores para su expulsión.

Ante su grupo puede ser visto como «*quejica*» o, contrariamente en los ambientes de alta competitividad o ejecutivos se les percibe como que «*quieren morir con las botas puestas*» (por eso se llama también «*gripe del yuppie*»).

Síndrome de estrés laboral simple

El trabajador enfermo de estrés laboral simple *tiene ganas y fuerzas, pero siente un disconfort físico y mental*, predominando el físico unas veces y otras el mental que «*constríne*» su vida.

Se caracteriza por un cuadro clínico con tendencia a la cronicidad, donde se mezclan *síntomas psicósomáticos* de cansancio generalizado, dolores musculares, calambres, *contracturas*, pero *nunca hay febrícula*, ni tampoco se dan síntomas de aislamiento social en el trabajo¹⁸.

En esta patología el *factor estresador* es la *sobrecarga física, sensorial o psíquica del trabajo*; o una *rutinización de tareas*, o una mezcla de *rutina e inflexibilidad creativa*¹⁸. Lo cual es evidente si se investiga el funcionamiento del centro de trabajo.

El *factor estresador* es reconocido por el paciente desde el principio de sus síntomas y se atribuye a un disconfort del trabajo (por cantidad o por cualidad o por responsabilidad). No hay sentimientos de inutilidad. No suele afectar a un solo trabajador, sino a varios miembros de la misma empresa, siempre que estén sometidos a similares circunstancias (el mismo puesto o la misma tarea o actividad)¹⁸.

Suele darse en empresas altamente competitivas o ambiciosas de ganancias rápidas en la explotación, donde la *productividad* es fundamental para conservar el puesto de trabajo. Pero también ocurre en ambientes laborales muy rutinarios y poco flexibles, donde la *falta de contenido creativo* es un *factor desestabilizador*.

Son *vulnerables* los trabajadores: «a destajo»; con necesidades suplementarias de «hacer muchas horas extras»; con horarios que alteran los biorritmos fisiológicos; con tareas poco flexibles y rutinarias; o con trabajos en «cadena de producción»¹⁸. Siendo común a todos ellos que el estrés deviene del concepto simbólico vital de la *estaqueidad*, elemento protector de su *seguridad*.

El *factor agravante* del estrés laboral hacia la cronicidad es que el trabajador se sienta un «*hombre-máquina*» o un «*hombre-peón*» que debe soportar estoicamente una responsabilidad unipersonal *encorsetada*, bien porque de él depende un resultado fundamental en la empresa, bien porque de él depende la eficacia de otros compañeros¹⁸.

Lo que nunca se presenta es un acoso personal al que lo sufre: no se le etiqueta de raro o loco; ni se le desprestigia con «bulos» sobre él; ni se le somete a una incomunicación. Todos los compañeros conocen el origen y causa del estrés y por tanto, son solidarios e indulgentes con las bajas laborales, porque reconocen que es real y no fingida una sobrecarga en el trabajo¹⁸.

La culpabilidad se dirige al empresario o al estamento jerárquico, que se les percibe como explotadores o «*negreros*». No suelen darse las quejas o denuncias personalizadas a un trabajador estresado, ya que se prefiere hacer la «*vista gorda*» siempre que en la plantilla haya trabajadores que

saquen el trabajo adelante y se cumplan los objetivos de productividad; pero sí puede ser el punto de partida de una huelga o reivindicación sindical¹⁸.

Como máxima estrategia de castigo, el Empresario puede utilizar fórmulas de contrato laboral precario o el despido para desprenderse del trabajador si no es capaz de rendir o de ser productivo o es un «alborotador» que incita a la huelga.

Síndrome del quemado o «burn-out»

El afecto del síndrome del «quemado» tiene *fuerzas, pero ya no tiene ganas*. Se caracteriza por un *desinterés progresivo en la actividad o profesión que antes venía desarrollando con alta gratificación personal*¹⁸. Esto sume al trabajador en una *falta de esperanza en progresar» o una «falta de expectativas»* que daña fundamentalmente a su psiquismo emocional e intelectual. El estrés que esto produce deviene de que su concepto vital predominante es *la vocación*.

El *factor estresador* es el *desinterés por el trabajo*, bien por una percepción de frustración o por una falta real de promoción externa⁸. Se traduce en una pérdida de rendimiento laboral, en una rutinización voluntaria de las tareas por actitud compensadora de *«mínimo esfuerzo»*. Cumplen con *«lo que dice su contrato»*, pero ni más, ni menos¹⁸.

Es frecuente en trabajadores con alta cualificación que, tras años de ser ejemplares, dinámicos, ilusionados y eficaces, ven sus expectativas de crecimiento profesional paralizadas y frustradas, *«han tocado techo»* o *«no se les reconoce su labor»*¹⁸.

Esta patología tiene su síntoma cardinal en la *frustración profesional*, que es lo que conduce a síntomas depresivos o de agresividad. Se vuelven recelosos y suspicaces; toleran mal los cambios; y proyectan su frustración al ámbito familiar o social, pero casi nunca no lo reivindican en su trabajo^{8,18}.

Es muy típico en la profesión médica que trabaja en ámbitos Hospitalarios, donde la alta cualificación y la alta responsabilidad no va acompañada de alta retribución o consideración; o bien, su puesto de trabajo sigue en una permanente situación de años y años de «interinidad» o «provisionalidad». Es decir, la culpabilidad se atribuye a una falta de promoción personal o profesional^{8,18}.

No es motivo de denuncias o expedientes disciplinarios por parte de superiores o compañeros; ni se les acusa de incompetencia o conductas

raras. Los compañeros de trabajo son siempre solidarios, pues afecta a varios en la misma Empresa; y suele regir en el grupo el principio de «*hoy por ti mañana por mí*». Es decir, el *síndrome del quemado* es un *desgaste personal* por el que se desarrolla un *trastorno adaptativo crónico* y aparece en personas con mala promoción profesional y/o nula incentivación. La causa fundamental radica en una inadecuada política de promoción laboral subyacente¹⁸.

Acoso sexista y Acoso por discriminación

El afectado por acoso sexista o por discriminación tiene fuerzas y tiene ganas, pero su condición o sus convicciones son un obstáculo infranqueable para desempeñar su trabajo en un equipo que le rechaza. Es más frecuente en el ambiente predominante de hombres y la víctima una mujer. Pero también ocurre, de modo similar, con los homosexuales y en las discriminaciones sectarias por motivos raciales o religiosos.

Se caracteriza por una estrategia de *desprestigio personal*, encubierta a través del *desprestigio profesional*; y basada, únicamente, en la discriminación por razones de *sexo, raza o religión*. En este tipo de acoso no es el función de trabajo en el grupo el primer objetivo del conflicto, sino la condición o las convicciones del trabajador (sexual, raza, religión)¹⁸. La víctima-diana puede ser un/una trabajador/a brillante o, simplemente, independiente y muy cumplidor con su trabajo¹⁸.

El estrés deviene de que su símbolo vital es «*sus convicciones intrínsecas*». Y cuando la discriminación es el factor estresador, la víctima sufre una verdadera tortura psíquica.

Las situaciones de *mobbing* y de acoso sexista o por discriminación pueden estar mezcladas en una misma situación y a veces son difícilmente separables, pero siempre hay un predominio motivacional. La diferencia del predominio de una u otra se puede detectar según sea el *modo de comportarse los testigos* en el grupo. En el *mobbing*, dado que se trata de un «*gang*» con poder fáctico de control, donde las corruptelas, favoritismos y servidumbres son el objetivo común que les une (ambiente laboral patológico), nadie se solidariza con la víctima acosada, sino que contribuyen a hacerle «*el vacío*». En el acoso sexista o por discriminación siempre hay alguien que se solidariza con la víctima, sin que quede en total indefensión o en incomunicación¹⁸.

Acoso moral en el trabajo o mobbing

El *mobbing* es el acoso moral horizontal, esto es, en un mismo estrato laboral. En el «*mobbing*» hay una característica exclusiva que lo define como un auténtico «gang»: la presencia de *actitudes malintencionadas y perversas* para *provocar* el *derrumbe psíquico* de una persona «*non grata*» para el grupo ^{16,17,18}.

Estas actitudes perversas pueden sospecharse en el contexto de una buena exploración investigadora (Ej.: cuestionario CAPS para investigar sucesos vitales y el criterio A) ³, pero sólo pueden ser objetivadas a través de la *detección de prácticas de hostigamiento*, que sólo se aplican a la víctima; y *pruebas documentales* (quejas, escritos, denuncias) acusadoras contra la víctima ¹⁸.

El instigador acaba por delatarse abiertamente, puesto que la base argumental perversa es atacar, mediante una *estrategia de hostigamiento e incomunicación* ^{16,17,18}, a los valores simbólicos fundamentales para la víctima: dignidad, libertad de pensamiento, honestidad, independencia.

No ocurre sólo por un trabajo mal organizado, sino que tiene su fuente de alimentación en una *perversión* del ambiente laboral ^{16, 17,18}:

1. El *instigador* no quiere perder poder o control fáctico y la estrategia que sigue es convencer de que «*es necesario para el bien de la organización la cabeza de ese turco que no entra por el aro*»

2. Los *testigos mudos* siguen la estrategia del «avestruz» y tienen miedo a «*destapar*» algo que no va con ellos o a perder derechos adquiridos por servidumbre o fidelidad al instigador. Nunca se solidarizan con la víctima.

3. La *víctima* tiene rasgos en su rol profesional y personal (brillantez, independencia, honradez, intransigencia con la injusticia) que pueden perjudicar a la supervivencia del «gang».

Este contexto de agresión grupal de estrategia solapada y perversa es el que determina que la víctima sufra una fuerte reacción disociativa (no sabe qué y por qué le pasa, no lo puede creer, lo niega, lo evita) y quede en un *estado de vulnerabilidad permanente* por indefensión.

En una víctima de «*mobbing*» las fases de reacción al estrés son producto del factor amenazante y son peculiares en tiempo y percepción:

1. *fase de alarma*: pasa desapercibida por la fuerte reacción disociativa (negación, entumecimiento psíquico).

2. *fase de resistencia*: aparecen las somatizaciones y los trastornos depresivo-ansiosos, que se achacan a factores estresadores no amenazantes.

3. *fase intermedia de resistencia desgastadora*: cuando la víctima toma conciencia de la vivencia amenazante: hipervigilancia; intrusiones psíquicas y somáticas; angustia, miedo, indefensión; incomunicación; trastornos cognitivos.

4. *fase de desgaste*: secuelas neuro-bioquímicas y daños estructurales cerebrales que son los responsables de sus efectos invalidantes: desintegración de la personalidad; pérdida de habilidades psico-sociales y ejecutivas; alexitimia severa; desencadenamiento de patologías orgánicas con vinculación topográfica.

El acoso moral grupal inflige un daño a la víctima malintencionadamente repetitivo y dirigidos hacia *todos los conceptos más simbólicos de la integridad de esa persona*, hasta conseguir su *anulación*. Por eso genera una fuerte reacción disociativa (la víctima no sabe qué le pasa, por qué, lo vive como en una película, lo niega, no lo puede creer) y sufre un TEP en su forma crónica retardada (reconoce el trauma de modo retrospectivo o pospuesto).

Consideraciones preliminares para alcanzar diagnóstico de certeza de «mobbing»

Primera: Que toda persona sometida a un verdadero Acoso Moral en el Trabajo sufre necesariamente consecuencias negativas para su salud; lo que significa no solo va a sufrir un daño moral intenso, sino que siempre va a acabar enfermando.

Segunda. Que el especial «*modus operandi*» de un acoso moral en el trabajo no es una agresión puntual o aislada, sino una *escalada de agresiones por hostigamiento*, reiteradas en el tiempo y sin ningún apoyo social (más de seis meses); por lo que tiene paralelismos típicos del síndrome de estrés postraumático crónico (DSM-IV-TR, CIE-10). También se utiliza el término de síndrome de estrés por coacciones continuadas (SECC).

Tercera: Que son detectables en una víctima de mobbing un cortejo de síntomas y unos signos:

Síntomas: los típicos del TEP, más frecuentemente en su forma crónica y retardada; cuya severidad guarda relación con la reacción disociativa

y la continuidad de los actos hostiles. Las somatizaciones están presentes aunque no son exclusivas del TEP.

Signos: daños neuro-bioquímicos cerebrales propios de un síndrome de estrés postraumático; y que, en casos de larga cronicidad, producen daños estructurales irreversibles, apreciables en RNM, SPECT o PET cerebral.

Cuarta: Son *consecuencias* del acoso moral en el trabajo:

a) El derrumbamiento de la víctima, que pasa desde el entumecimiento psíquico inicial a los de indefensión, desesperanza, culpabilidad, humillación pertinaz.

b) A la víctima no sólo se la hostiga, sino que se le niega la comunicación.

c) Las conductas de hostigamiento siempre dejan rastro, pero hay que buscarlas.

d) La víctima tiene bloqueadas todas las vías para ser creíble (una mentira repetida por muchos vale más que la verdad sostenida por uno sólo).

e) La víctima inicia una fase de bajas laborales que siempre son etiquetadas de depresión, ansiedad o estrés, pero sin investigar la etiología; lo que significa un fracaso de la vigilancia a la salud del trabajador (reconocimientos periódicos; reconocimientos de vuelta al trabajo; protocolos de riesgos laborales específicos).

Quinta: Las predisposiciones, patologías y estados de salud previos en una víctima de acoso moral deben ser enfocados desde el punto de vista Médico-Forense como lo que son, patologías previas. El acoso moral puede *agravar* por sí mismo muchas patologías preexistentes y actuar como desestabilizador crónico en una personalidad frágil; por lo cual deben tenerse en cuenta los *trastornos comórbidos*¹² agravados por una vivencia de psico-terror a la hora de valorar la relación causal y el daño.

Elementos del dictamen médico-legal y procedimiento pericial

Análisis médico-legal diagnóstico

El procedimiento analítico debe de tomar certeza sobre los síntomas y su origen, descartando cualquier otra situación de enfermedad antes de sospechar un TEP por acoso moral.

Primero: descartar si se trata de una enfermedad psiquiátrica (psicosis, esquizofrenia, paranoia); o un caso de simulación.

Segundo: comprobar si estamos ante un síndrome de estrés relacionado con el trabajo pero en ausencia de acoso grupal: estrés agudo; trastorno adaptativo (ej: burn-out, fatiga crónica, estrés laboral simple).

Tercero: descartar si hay una patología endógena orgánica que contenga síntomas psico-somáticos similares y que por sí sola lo explique; siendo las más frecuentes: enfermedades del tiroides; tumores cerebrales primarios o metastásicos; patología cerebral degenerativa; enfermedades metabólicas o infecciones con repercusión encefalopática

Cuarto: si hemos descartado todos los anteriores como causa fundamental que explique suficientemente la clínica del paciente, y existen indicios razonables de haber sufrido una *vivencia traumatizante* se establece *diagnóstico de sospecha* de un trastorno de estrés postraumático.

Valoración etiológica y trastorno de estrés postraumático (TEP)

Desde el punto de vista médico-legal pericial, más importante que darle un nombre a la enfermedad es comprobar quién o qué la está produciendo. La etiología es necesaria para establecer una relación causa-efecto; lo cual va más allá del nombre diagnóstico en donde lo queramos clasificar. Esto viene a decir que no sólo hay que comprobar la existencia de *síntomas y signos* típicos de un estrés postraumático; o cuándo fue el *inicio* de esos síntomas; o cuánta su duración (DSM-IV-TR; CIE 10); sino que, necesariamente, hay que comprobar cuál es el *factor estresador amenazante* y cómo influiría la desaparición de este factor estresador como elemento terapéutico en la víctima. En el «mobbing» el acoso grupal es el factor estresador dirigido al aislamiento social y anulación de la víctima.

Existen muchas baterías de test psicológicos para alcanzar un criterio clasificador donde encuadrar un trastorno psíquico o psico-somático; pero sin la investigación del *factor estresador*, el diagnóstico puede resultar erróneo ^{3, 7}.

Parece ser muy útil la escala CAPS-DX (Blake, 1995) que es específica para el TEP aplicado por clínicos y contiene varios cuestionarios que permiten valorar: clínica del TEP (CAPS 1); evolución tras tratamiento del TEP (CAPS 2); investigación del factor estresador: cuestionario para el criterio A del TEP (DSM-IV); y cuestionario de sucesos vitales ³. Sin embargo, todas las baterías de test se caracterizan por medir la cuantificación y calidad de unos síntomas; por lo tanto su subjetividad e ines-

pecificidad las desvirtúa como elemento probatorio. No quiere decir que los test carezcan de utilidad auxiliar en el diagnóstico, pero no tienen rango de verdad científica.

Según utilicemos la DSM-IV-TR o la CIE-10, que son escalas aplicadas según teorías psicológicas (influidas por la moda o la última teoría filosófica), pueden existir controversias de clasificación. El *patrón neurobiológico* no tiene estos inconvenientes y permite identificar un T.E.P.

Estudio del puesto de trabajo y vigilancia a la salud del trabajador:

Para alcanzar convicción sobre la existencia de una vivencia amenazante, no basta con la exposición de hechos por parte de la presunta víctima de acoso. Hay que comprobar: historia laboral o curricular previa; tareas anteriormente desempeñadas; búsqueda de prácticas sospechosas de hostigamiento; tareas que desempeñaba en el momento de enfermar; bajas laborales; rendimiento laboral; ambiente laboral; lugar de trabajo; medios de trabajo; condiciones ambientales y sistema organizativo.

Las prácticas de acoso moral son detectables ¹⁷. Por ejemplo: asignación de tareas sin utilidad o valor; asignación de tareas muy por debajo de la competencia habitual para ese puesto de trabajo o sin contenido; evaluación constante del trabajador, con sesgos negativos; presión excesiva y arbitraria para el cumplimiento de sus tareas; nulo reconocimiento de esfuerzos realizados; fomento de la desmoralización del trabajador; comunicación con gritos o descalificaciones o nula comunicación mediante la indiferencia; amplificación de pequeños errores intrascendentes y que sólo son criticados a la víctima y no a otros trabajadores; menosprecios profesionales o personales frecuentes y circulación de «bulos» ¹⁷.

La prueba documental deja ver prácticas de hostigamiento, por ejemplo: retirada del uso de ordenador o teléfono; cambios de puesto hacia lugares aislados o sin condiciones de luz o espacio; extravío de documentos; apertura o robo del correo; suministro de información errónea; denegación de permisos y licencias sin justificación; denegación de permisos para cursos de formación o exámenes; cambios arbitrarios de sus periodos vacacionales; informes negativos para conseguir permisos; apertura de expedientes disciplinarios con poca o nula base; etc ¹⁷.

Modelo neuro-biológico del síndrome de estrés postraumático como método objetivo para valorar la existencia de secuelas por daño cerebral

Los síntomas que se manifiestan en una vivencia estresadora son el producto de la activación, inhibición, compensación, modulación, almacenamiento, procesamiento y desgaste de nuestro sistema neurocerebral.

Todas las modalidades sensoriales se procesan en el SNS por dos vías: una rápida y otra lenta. La vía rápida es la de las respuestas neurovegetativas (médula espinal y el tallo cerebral) y la de las respuestas neuro-hormonales (hipotálamo). La segunda vía es lenta y es la información con relevos y proyecciones de la información sensorial hacia áreas específicas de la corteza cerebral como el área visual primaria (área 17), área auditiva (rea 41) o el área somatosensorial (áreas,1,2 y 3), que conexionan con regiones como el hipocampo, la amígdala y área septal, para modular la información y planear la conducta ⁶.

Este proceso evaluativo es el que puede condicionar la respuesta al estrés. Pero según sea la vivencia estresadora, a veces por intensidad, a veces por cronicidad, este proceso evaluativo puede estar *bloqueado* o *desgastado*, presentando dificultades para que se active adecuadamente el *sistema meso-cortico-límbico*, implicado en la producción de mecanismos cognoscitivos y anticipatorios con capacidad de inhibir los circuitos neuroendocrinos del estrés, la euforia o disforia y el afrontamiento ⁶.

Estudios neuro-cerebrales y neuro-químicos efectuados hasta la fecha han detectado que en un síndrome de estrés postraumático severo y crónico existen daños orgánicos y de la funcionalidad neurobioquímica a nivel cerebral ^{6,10,11}. En el síndrome de estrés postraumático crónico los sistemas de neurotransmisión cerebral se encuentran afectados de forma diferente ^{11,12} que en los trastornos adaptativos o en estados depresivos-ansiosos ⁵ donde no se ha sufrido ninguna vivencia amenazante (tabla 2).

Desde el punto de vista pericial esto supone una gran ventaja frente a la pluralidad de disquisiciones filosóficas y nosológicas sobre los trastornos de la «psique». Y es que la ciencia médica tiene la posibilidad de utilizar herramientas objetivas, que nos son propias, para el diagnóstico y la severidad de un TEP: determinaciones bioclínicas y pruebas de diagnóstico anatómico, topográfico y funcional por imagen (RNM; SPECT y PET cerebral).

En el trastorno de estrés postraumático (TEP) se encuentran alterados: los sistemas de neurotransmisores cerebrales; el sistema inmunitario; alteraciones estructurales en el cerebro ^{6,10,11}.

Sistemas de neurotransmisores cerebrales

En un TEP se han detectado alterados, más específicamente, cuatro: el sistema glutamatérgico/GABA; el sistema nervioso simpático; el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal; el eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo ¹¹.

Sistema Glutamatérgico (excitador) y Gabaérgico (inhibidor)

Además del exceso de glutamato y déficit de GABA, que es común a las situaciones agudas de estrés, en el TEP están en desequilibrio al no funcionar bien los mecanismos de *feedback*; y que provocan un almacenamiento de los recuerdos traumáticos y estados disociativos en la memoria de trabajo ¹¹.

Sistema nervioso simpático

Se encuentra en desequilibrio de su homeostasis en cualquier situación de estrés, pero de modo característico en el TEP y en relación con la hipervigilancia ¹¹:

1) *Noradrenalina*: valores plasmáticos normales (en otras causas de estrés está aumentada); concentración de noradrenalina en plaquetas aumentada; y excreción en orina de 24 horas de noradrenalina aumentada;

2) *Dopamina*: concentración plasmática aumentada; excreción urinaria de dopamina y su metabolito el ácido homovanílico aumentados.

3) *Serotonina*: normal en plasma y concentración en plaquetas disminuída (en otras causas de angustia y en los trastornos adaptativos hay un descenso plasmático de serotonina).

Eje hipotálamo-hipofiso-adrenal.

Está alterada la homeostasis y los mecanismos de feed-back en muchas situaciones de estrés, pero de modo característico en el TEP y en relación a las intrusiones (actos hostiles) ¹¹:

1) Incremento de la secreción del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) y *descenso paradójico del cortisol plasmático* (en otras situaciones de estrés y en los trastornos adaptativos clásicos, el cortisol plasmático está elevado);

2) Excreción de cortisol en orina de 24 horas disminuida;

3) Mayor número de fluctuaciones en la liberación circadiana de cortisol plasmático (en los trastornos adaptativos: dos al día)

4) Elevación plasmática de los 17-hidrocorticosteroides en modo de fluctuaciones, en relación con los actos de hostilidad manifiesta (en otros cuadros de estrés también se elevan, pero sin fluctuaciones).

Eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo.

Se ha detectado un incremento de la respuesta a la prueba de estimulación con Hormona Liberadora de Tirotropina (TRH), pero sin incremento permanente de hormonas tiroideas, que pueden aumentar o descender pero que luego regresan a valores normales ¹¹.

Sistema inmunitario

En situaciones de estrés puede estar enlentecido en su activación o deprimido por desgaste neurobioquímico. Hay muchos elementos del sistema que pueden quedar alterados por situaciones estresantes y que son el objeto de investigaciones aún no concluyentes. En el TEP parece ser que destacan ¹¹:

1) La disminución de la citotoxicidad celular de *linfocitos NK* y descenso de *linfocitos CD4+* y *CD8+*;

2) El incremento de la *inmunidad celular* (retardo en la respuesta cutánea a alérgenos);

3) Una mayor concentración sérica de *interleucina-1* (citoquina pro-inflamatoria que también interviene en la anergia, la anorexia, el comportamiento)

Cambios estructurales en el cerebro

Los estudios de imagen como RNM, SPECT y PET llevan un largo bagaje en cuanto a la valoración de cambios estructurales anatómicos y dinámicos (flujo cerebral). Hasta la fecha no se conocen patrones patognomónicos, pero sí se reconoce que el padecimiento de un TEP severo

o extremo conduce a daños irreversibles detectables ¹¹. En la actualidad se consideran:

1) *criterios mayores*: atrofia en el volumen del hipocampo, sobre todo el posterior; hipertrofia de la amígdala; disminución del flujo en la corteza frontal inferior izquierda

2) *criterios menores*: incremento del espacio subaracnoideo; mayor tamaño del lóbulo temporal izquierdo;

3) *criterios inespecíficos*: en el cíngulo anterior, tálamo, corteza orbito-frontal y corteza temporal anterior, núcleos del rafe.

Valoración del grado de incapacidad laboral

La valoración médico-laboral incluye la propuesta en el dictamen pericial de cuál es el grado de minusvalía que presenta el trabajador; teniendo en cuenta que, en el ámbito laboral, es esencial que las secuelas sean permanentes e irreversibles y que afecten a la funcionalidad del individuo para el desempeño de su trabajo habitual. Se establecen 4 grados:

Grado 1: Reincorporación al trabajo con síntomas mínimos o compatibles con el mantenimiento de la eficacia en su trabajo. *Sin secuelas*.

Aunque sería lo deseable no es frecuente valorar este grado, ya que para ello sería preciso: que el acoso hubiera durado poco tiempo; que la víctima se hubiera dado cuenta precozmente, para evitar una reacción disociativa severa; que la víctima tenga apoyos fuera de su trabajo (Legal, Médico, Judicial) que contrarresten el sentimiento de indefensión; que reciba tratamiento específico; que se elimine el factor estresador amenazante. Se considera un periodo de reversibilidad posible cuando la detección precoz se acompaña de un tratamiento durante 3 meses. Si pasados 3 meses no hay ninguna mejoría, no es esperable la recuperación total.

Grado 2: Reincorporación al trabajo, con algún episodio sintomático que requiere supervisión médica ambulatoria. Compatible con el trabajo siempre que no haya factores estresadores, pero con pérdida de la eficacia por dificultad de mantener lazos sociales en el mismo entorno laboral donde 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 que superan los 18 meses y sin expectativas de curación. *Incapacidad total*.

Grado 4: Imposibilidad de volver a desempeñar ningún tipo de trabajo porque, por el mismo hecho de compartir tareas profesionales jerarquizadas con otros compañeros (relación horizontal) o depender de superiores (relación vertical), se producen recidivas agravantes no tanto en su disfunción psíquica, que puede permanecer controlada, sino en su vulnerabilidad física por enfermedades comórbidas (ej: diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, disfunciones endocrinas, alergias, arteriosclerosis cerebral, infertilidad, inmunodeficiencias). *Incapacidad absoluta.*

Conclusiones

El acoso moral en el trabajo es una vivencia amenazadora para la integridad de la víctima-diana, porque el grupo acosador ataca *repetitivamente* a los conceptos simbólicos vitales y porque los testigos mudos le niegan el apoyo social. Con lo cual, la víctima vive en un estado de vulnerabilidad permanente de indefensión, desesperanza, miedo y angustia vital. En una primera fase se manifiesta con una fuerte reacción disociativa, que impide una resolución natural y aboca al complejo sintomático de un trastorno de estrés postraumático crónico y retardado.

En el mobbing existe nexa causal con el trabajo. El *nexo con el trabajo habitual* es *directo y exclusivo*, ya que radica en la necesaria relación de contacto recíproco entre víctima-diana y el grupo acosador por razón de su trabajo habitual (organigrama, tareas compartidas, tareas delegadas, tareas secuenciadas; espacio físico; medios de comunicación). Por lo que se encuentra dentro del criterio legal de accidente de trabajo (*art.115, 2 apdos. e, f, g del R.D..L. 1/1994 por el que se aprueba el T.R.L.G.S.S.*)

El procedimiento pericial sigue el método científico y el análisis médico-legal:

a) Diagnóstico diferencial con: patologías laborales con trastornos adaptativos por estrés que no cumplen el criterio a del tep (fatiga crónica, burn-out, estrés laboral); enfermedades psiquiátricas; patologías orgánicas con cortejo psico-somático o encefalopático; despistaje de simulación de un TEP.

b) Valoración del TEP: clínica, evolución y factor estresador (se proponen las escalas CAPS-DX: CAPS 1 CAPS 2, criterio A y sucesos vitales amenazantes); analíticas neurobioquímicas; SPECT, PET, RNM.

c) Estudio del puesto de trabajo. Riesgos laborales. Vigilancia a la salud.

d) Detección de prácticas de hostigamiento.

e) Valoración del grado de minusvalía.

La vivencia traumatizante de un acoso moral en el trabajo tiene paralelismos con el síndrome de estrés postraumático, tanto en cuanto a su clínica típica, como es su disfunción neurobiológica. Y que es distinguible de otras situaciones de estrés y de los trastornos adaptativos como el síndrome de fatiga crónica y en síndrome del «burn-out».

Las disfunciones neurobiológicas cerebrales características del TEP derivan de la severidad de la vivencia amenazante y la severidad de la reacción disociativa. Siendo valorables en una víctima de *mobbing*:

- Exceso de *glutamato* y déficit de *GABA* en mayor desproporción que en otras causas de estrés o en los trastornos adaptativos.

- *Noradrenalina* con valores plasmáticos normales, mientras que en otras causas de estrés está aumentada.

- *Serotonina* disminuida su concentración en plaquetas, pero no plasmática; mientras que en otras causas de estrés o angustia y en los trastornos adaptativos, hay un descenso plasmático de serotonina.

- Incremento de la secreción del *factor liberador de corticotropina* (crf) y *descenso paradójico del cortisol* plasmático; mientras que en otras causas de estrés agudo y en los trastornos adaptativos el cortisol plasmático está elevado.

- Mayor número de fluctuaciones en la *liberación circadiana de cortisol plasmático* coincidentes con las intrusiones y la repetición de actos de hostigamiento; lo que no ocurre en estados depresivo-ansiosos o en los trastornos adaptativos por fatiga crónica o burn-out.

- Elevación plasmática de los *17-hidroxicorticosteroides* en modo de fluctuaciones y que guardan relación con los actos de hostilidad manifiesta. En otros cuadros de estrés también se elevan, pero sin esas fluctuaciones.

La vivencia traumatizante de un acoso moral continuado, de muy largo tiempo de duración y sin diagnosticar ni eliminar el factor estresador, pone a la víctima en *riesgo* de desarrollar un TEP extremo. Por lo cual, se perjudica a la víctima en tanto que le niega la posibilidad de una recuperación natural con tratamiento (fases de Janet: estabilización; modificación de los recuerdos traumáticos; integración de la personalidad) o de un menor grado de secuelas.

Las consecuencias de un TEP severo o extremo son que siempre dejen secuelas orgánicas cerebrales, derivadas de la hiperfunción com-

pensadora de unas áreas cerebrales y el desgaste de otras, que dejan un desequilibrio homeostático irreversible: atrofia en el volumen del hipocampo (criterio mayor); hipertrofia de la amígdala (criterio mayor); disminución del flujo en la corteza frontal inferior izquierda (criterio mayor); incremento del espacio subaracnoideo (criterio menor); mayor tamaño del lóbulo temporal izquierdo (criterio menor); otras alteraciones: en el cíngulo anterior, tálamo, corteza orbito-frontal y corteza temporal anterior, núcleos del rafe. *Pruebas diagnósticas*: RNM, SPECT y PET.

El padecimiento de un TEP severo o extremo puede favorecer el desencadenamiento de otras patologías orgánicas topográficamente vinculadas o el agravamiento de estados orgánicos de vulnerabilidad patológica pre-existentes. Ejemplos: hipertensión arterial esencial; cardiopatías; diabetes; trastornos endocrinos; infertilidad; enfermedades alérgicas; inmunodeficiencias; arteriosclerosis cerebral; colagenosis; desarrollo de tumores.

Bibliografía

1. RESCALVO SANTIAGO, F.: «Vigilancia de la salud de los trabajadores» Revista del Trabajo, Septiembre '99, pp. 54-57. Ed. Publicación institucional Ibermutuamur, 1999.
2. GUILLÉN SUBIRÁN, C.: «¿Medicina del Trabajo? ¿Vigilancia de la salud? Las diez cuestiones clave acerca de la especialidad. Revista del Trabajo, junio '01, pp. 72-77, Ed. Publicación institucional Ibermutuamur, 2001.
3. ORENGO GARCÍA, F. : «Perspectivas legales en torno a la cuestión del daño y trauma psíquicos» <http://www.sepet.org>
4. PEÑA ALBARRACÍN, S., y GONZÁLEZ DE RIVERA, J.: « Trastornos por estrés » En: *Área de Conocimiento 7*, cap 8, <http://www.sepsiquiatria.org>
5. Editorial «Bases para el abordaje del estrés en la práctica médica». <http://www.monografias.com>
6. GÓMEZ GONZÁLEZ, B., y ESCOBAR, A. «Neuroanatomía del estrés». *Rev Mex Neurociencias*; 3 (5), pp. 272-282, año 2002. México, D.F.
7. LABRADOR, Fco.; CREGO, A., y RUBIO, G.: «*Metodología Clínica experimental aplicada al estrés postraumático*: Formulación y tratamiento de un caso», *Acción Psicológica*, vol. 2, núm. 3, pp. 253 – 268, año 2003. Universidad Complutense de Madrid
8. CEBRIÁ, J. y cols. :«Rasgos de personalidad y bourn-out en médicos de familia», *Grupo Comunicaciones y Salud CAP*, Sant Miquel de Granollers. <http://db.doyma.es>
9. PEDREIRA MASSA, J. L.: «Nuevos cuadros psicopatológicos para nuevos tiempos con contenidos antiguos» Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital Universitario Niño Jesús (Madrid), 2001.
10. CALCEDO BARBA, A.: «Concepto de trastorno de estrés postraumático: Mecanismos de la enfermedad». En: *Trastorno de Estrés Postraumático*, cap. 1, pág- 9-15. Ed. Masson, 2000

11. SÁIZ MARTINEZ y cols.: «*Bases biológicas*» En: *Trastorno de Estrés postraumático*, cap 3, pp. 35-76, Ed. Masson, 2000.
12. BOUSOÑO GARCÍA, M y cols.: «Curso, evolución y pronóstico» En: *Trastornos de Estrés Postraumático*, cap 4, pp. 87-94. Ed. Masson, 2000.
13. Bobes García, J y cols.: «Sintomatología y diagnóstico diferencial». En: *Trastornos de Estrés Postraumático*, cap. 5, pág 95-102. Ed. Masson, 2000.
14. CALCEDO BARBÁ, A.: «Evaluación Forense» En: *Trastornos de Estrés Postraumático*, cap 9, pp. 287-298. Ed. Masson, 2000.
15. LUQUE PARRA, M. : «Mobbing: Presunción a favor de su calificación como contingencia profesional cuando se manifiesta en lugar y tiempo de trabajo (STSJ de Navarra de 18 de mayo del 2001, As 1821) » En: *Comentarios de la Cátedra de Derecho de Trabajo*, Universidad Pompeu Fabra, 2001.
16. HIRIGOYEN, M. F.: «El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso», pp. 21-68, Ed. Paidós, 2001.
17. PIÑUEL Y ZABALA, I.: «Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo », pp. 70-73; 81-85; 179-81, Ed. Sal Térrea, 2001.
18. PADIAL ORTIZ, O., y DE LA IGLESIA MARÍ, M.: «El mobbing como enfermedad del trabajo» En: *Reflexiones y preguntas sobre el acoso psicológico laboral o mobbing*. Rev. de Relaciones Laborales/ Lan Herremanak, 2002-II, núm. 7, pp. 231-2440, Ed. Univ. del País Vasco.
19. Vigilancia de la salud. Riesgos y protocolos específicos aplicables, pp. 292-302; 326-335; 348-349. En: dbsystem © dbprevenció 2003

TABLA 1. PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO.- DIAGNÓSTICO

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO	TRASTORNOS ADAPTATIVOS / SITUACIONES ESTRESANTES NO AMENAZADORAS
<ul style="list-style-type: none"> • Glutamato/ GABA en desequilibrio • Noradrenalina: normal en plasma • Serotonina: normal en plasma • Cortisol: descenso paradójico en plasma, pese al CRF aumentado. • Muchas fluctuaciones circadianas del cortisol, coincidentes con las intrusiones. • Incremento estimulado de TRH sin incremento permanente de hormonas tiroideas • Fluctuaciones de 17-OHCS (en relación con los actos hostiles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Glutamato(GABA en equilibrio • Noradrenalina: aumentada en plasma • Serotonina: déficit en plasma • Cortisol: aumentado en plasma, proporcionalmente al CRF aumentado. • Fluctuaciones circadianas del cortisol (2/diarias) • Incremento estimulado de TRH con incremento persistente de hormonas tiroideas • Aumento de 17-OHCS

TABLA 2: DIFERENCIAS NEUROBIOLÓGICAS EN LOS HALLAZGOS ANALÍTICOS DE UN ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO FRENTE A OTRAS SITUACIONES ESTRESANTES NO AMENAZADORAS

TIENE GANAS PERO NO FUERZAS.	TIENE FUERZAS Y GANAS PERO CON DISCONFORT.	TIENE FUERZAS PERO YA NO HAY GANAS	R E C O N O C E N EL MOTIVO DEL ACOSO.	FUERTE REACCIÓN DISOCIATIVA.
<p>Personas débiles, inseguras; afán de superación; miedo a ser prescindibles. La <i>perseverancia</i> es símbolo vital.</p> <p>Factor E: no mide sus fuerzas en proporción a sus metas.</p>	<p>Trabajadores a destajo; en cadena; tareas rígidas o sin flexibilidad creativa. La <i>estranqueidad</i> es símbolo vital.</p> <p>Factor E: sobrecarga y/o rutina de tareas.</p>	<p>Trabajadores con alta cualificación, responsabilidad, han tocado techo. La <i>vocación</i> es un símbolo vital.</p> <p>Factor E: mala gestión o ausencia de promoción. Interinidad.</p>	<p>Trabajador eficaz. Reclaman sus derechos, sin miedo. Sus <i>convicciones</i> son un símbolo vital</p> <p>Factor E: discriminados por sexo o condición sexual, raza, religión</p>	<p>Brillantes. Gran tesón. Van por libre. El <i>crédito</i> y la <i>honestidad</i> son símbolos vitales.</p> <p>Factor E: excluirle del "gang". Grupo hostigador y testigos mudos.</p>
<p>Grupo: "quejica", vago; "morir con las botas puestas"</p> <p>Empresa: actitud pasiva si no afecta a la producción</p>	<p>Grupo: solidario, huelgas.</p> <p>Empresa: actitud negra. Prima la productividad.</p>	<p>Grupo: solidario. "hoy por ti, mañana por mí"</p> <p>Empresa: actitud consentidora.</p>	<p>Grupo: alguien le apoya.</p> <p>Empresa: si hay escándalo es mediadora.</p>	<p>Grupo: aislamiento. Sin apoyos.</p> <p>Empresa: ignorar: eliminar; criterio de la mayoría.</p>
<p>PSEUDO-GRIPE O RESACA. Al final: depresión +-</p>	<p>CONTRACTURAS; sin febrícula. Depresión ansiosa ++</p>	<p>FRUSTRACIÓN. Depresión pura. Desavenencia conyugal +++</p>	<p>Ansiedad, agresiva en lucha + + +</p>	<p>Hipervigilancia Intrusiones psíquicas y somáticas. Polisintomas. INDEFENSIÓN</p>
<p>FATIGA CRÓNICA</p>	<p>ESTRÉS LABORAL</p>	<p>BURN-OUT</p>	<p>ACOSO SEXISTA</p>	<p>MOBBING</p>