

Resumen de la ponencia. "Diagnóstico diferencial en Riesgos Psicosociales"

Castellón, Noviembre del 2004.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el concepto de salud se define como; "un estado de bienestar completo en el aspecto físico, psíquico y social; y no sólo la ausencia de enfermedad."

Sergio Climent Santos
sergio.climent@higia.org

Psicólogo forense.

Técnico Superior PRL Especialidad Psicopsicología Aplicada y Ergonomía.

Socio fundador de HIGIA PSISOC

Consultora de Riesgos Laborales Psicosociales

ÍNDICE

0.- Introducción

1.- Aproximación a los riesgos psicosociales.

1.1.- Carga mental

1.2.- Estrés.

1.3.- Burnout.

1.4.- Psicopatología Individual.

1.5.- Violencia externa; física, verbal y psicológica.

1.6.- Acoso laboral (Mobbing)

1.7.- Acoso sexual.

1.8.- Simulación.

2.- Bibliografía.

0.- INTRODUCCIÓN.

Actualmente, las demandas que se realizan en las consultas relacionadas con factores psicológicos o psicosociales están en constante crecimiento: depresiones reactivas, cuadros de ansiedad...

En numerosas ocasiones estas demandas tienen que ver con los denominados “riesgos laborales de tipo psicosocial”. De entre los cuales ya son tristemente famosos los casos de acoso, mobbing, las agresiones de los usuarios y el burnout, entre otros.

En muchas ocasiones estos hechos son fuente de confusión, debido, principalmente, a que se trata de fenómenos complejos que se dejan en manos de profesionales sin la preparación adecuada.

El objetivo de la presente ponencia es establecer las bases desde las cuales proceder a un diagnóstico correcto de los diferentes fenómenos psicosociales que llamamos riesgos laborales de tipo psicosocial.

1.- APROXIMACIÓN A LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

El riesgo psicosocial se articula como una interacción entre las características de la persona y las características de la tarea que ha de realizar.

Cuando las características de la tarea superan las de la persona, aparece la sintomatología correspondiente a la situación; la gravedad de la cual estará mediada por factores coyunturales (tiempo de exposición, intensidad...)

Las características relevantes de la persona son:

- **Personalidad:** Forma estable de interpretación y percepción de la realidad, así como estrategias de afrontamiento de las situaciones.
- **Base biológica:** Nivel de activación del Sistema Nervioso, nivel de respuesta del Sistema Inmunológico... funcionalidad general del organismo.
- **Formación:** Conocimientos adquiridos relativos al trabajo que ha de realizar, ya sea en teoría o en práctica; estrategias, técnicas... dominio de la tarea en sí misma.
- **Capacidades:** Grado de control sobre situaciones diversas relacionadas o no con la tarea a hacer. Habilidades personales.
- **Apoyo social:** Grado en que la persona cuenta con ayuda emocional de personas cercanas (familia, pareja...) o de la sociedad en bloque (reconocimiento social...)

Las características relevantes de la tarea son:

- **Exigencia cognitiva:** Intensidad y cantidad de activación mental (concentración, atención, memoria, rapidez...) que requiere la tarea para realizarla correctamente.
- **Tamaño:** Cantidad de trabajo, ya sea en unidades, usuarios, servicios o requerimientos de tiempo.
- **Clientes / usuarios:** Tipos y características de los usuarios o clientes del trabajador, así como el tipo de relación que se establece con ellos.
- **Compañeros / superiores:** Tipos y características de los compañeros y superiores del trabajador, así como el tipo de relación que se establece con ellos.
- **Imagen social:** Impresión que tiene el trabajador del reconocimiento social que su labor tiene entre el público.

1.1.- SOBRECARGA

Situación en la que las necesidades de la tarea superan la capacidad de respuesta de la persona que tiene que hacerla.

Si se prolonga en el tiempo provoca sintomatología somática coherente con los efectos habituales de un SAD (Síndrome Ansioso - Depresivo)

En estado puro se trata de un fenómeno de saturación cognitiva y fatiga reiterado; pero, habitualmente, evoluciona con síntomas de tipo emocional y por esta razón se solapa con el estrés.

Relacionado con este fenómeno se encuentra el contrario, la carga muy por debajo de las capacidades de la persona, que se denomina subcarga.

Empíricamente se da un estado negativo que va del aburrimiento a la frustración y, si se mantiene en el tiempo, puede acabar en trastornos emocionales (Síndrome Ansioso - Depresivo); por esta razón también se puede confundir con el estrés.

Es conveniente saber si hay impacto en la vida privada de la persona (afectación matrimonial, sexual, social...) si la fatiga se recupera durmiendo y si se acumula afectando los días festivos.

La sobrecarga se puede evaluar aproximadamente a partir de los **siguientes indicadores:**

- Las presiones de tiempo.
- Esfuerzo de atención.
- La fatiga percibida.
- El nombre y complejidad de las informaciones que se precisen para realizar la tarea.

- La percepción subjetiva de dificultad que tiene el trabajador de su trabajo.

Síntomas asociados:

Cansancio (que no se recupera durmiendo), cefalea, somnolencia, insomnio de conciliación, de segunda y tercera fase, anorexia, hipertensión, crisis de sudoración, úlceras...

Irritabilidad, disminución atencional, preocupación excesiva, pensamiento circular, absentismo laboral, uso de tóxicos y afectación de la sexualidad (imprudencia, anorgásmia, ausencia de deseo...)

Orientación Diagnóstica: SAD (Síndrome Ansioso - Depresivo)

1.2.- ESTRÉS

El término estrés ha sido adquirido por la psicología y la medicina a partir del vocablo inglés "stress" que designa una fuerza que deforma cuerpos o provoca tensión.

Teóricamente se trataba del proceso de adaptación a cualquier tipo de cambio que el organismo lleva a término habitualmente por recuperar su estabilidad interna (homeostasis) en toda clase de circunstancias: cambios de temperatura, de actividad, alergias, desplazamientos... es decir, es un mecanismo natural de adaptación del ser humano.

Con el tiempo y las reformulaciones el término estrés ha acabado describiendo una situación de desequilibrio entre la demanda del entorno y la capacidad de afrontamiento del individuo. Está vinculado a sentimientos de incapacidad y por las consecuencias del fracaso en el cumplimiento de la tarea; influye de forma importante la personalidad previa del sujeto y su vulnerabilidad biológica.

La percepción de miedo proviene de un autoanálisis negativo ("no puedo") y de la valoración de las consecuencias como negativas (p. ej. "pérdida de imagen"). Tiene fuertes relaciones con conflictos neuróticos individuales.

Si se mantiene la situación en el tiempo evoluciona con sintomatología ansioso - depresiva de tipo emocional, somática y conductual.

Eutrés, distrés y Síndrome General de Adaptación.

Algunas escuelas (H. Esyle) diferencian entre eutrés (grado de activación que requiere el ser humano para llegar a su mejor rendimiento) y distrés (situación de activación excesiva que acaba agotando a la persona y generan la

sintomatología popularmente asociada al estrés) y, el mismo autor describe las fase que soporta un organismo por empezar a padecer los efectos negativos de la exposición al estrés (distrés) que son:



Síndrome General d'Adaptació - SGA - H. Esyle		
1.- Reacción de Alarma	2.- Fase de Resistencia	3.- Fase de agotamiento

En la fase de “Reacción de alarma” el organismo produce cambios agudos a nivel cardio - respiratorio y metabólico que reaccionan ante la presencia del estímulo.

En la fase de “Resistencia” (si el estímulo continua presente) el organismo llega a adaptarse y funciona de forma eficiente durante un cierto período de tiempo (según recursos y capacidades del sujeto).

En la fase de “Agotamiento” la repetición del estímulo (o sobre exposición) supone la incapacidad de respuesta del sujeto, produciendo fatiga, decremento del rendimiento y sintomatología clínica.

De hecho, la similitud con las respuestas de ansiedad clásicas han llevado a otras corrientes a considerar el estrés como sinónimo de ansiedad y a considerarlo un anglicismo comercial e innecesario.

En todo caso, trataremos el estrés como una respuesta ansiosa focalizada en el área de la tarea (para diferenciarlo de la ansiedad “pura” que se considera provocada por estímulos difusos no identificados por el sujeto) pese a que por evolución, sintomatología y vinculaciones orgánicas son convergentes y difíciles de disociar.

Generalidades:

- 1.- Todo estímulo externo o interno, físico o psíquico, provoca una reacción al organismo.
- 2.- Las reacciones pueden ser específicas o inespecíficas hacia el objeto.
- 3.- Las reacciones orgánicas persiguen 2 finalidades:
 - A.- Adaptarse al entorno.
 - B.- Preparar defensas inmediatas (ataque / huida).

4.- Si los estímulos son demasiado intensos, se repiten frecuentemente o persisten en el tiempo, pueden saturar la capacidad de adaptación del sujeto y provocar sintomatología clínica.

Capacidades y recursos.

Son las herramientas con las que cuenta el individuo para hacer frente a las demandas del entorno; según Folkman y Lazarus (1986) se pueden señalar las siguientes:

- 1.- Materiales y económicos.
- 2.- Vitales (salud y energía).
- 3.- Psicológicos (creencias positivas).
- 4.- Técnicas de resolución de problemas.
- 5.- Habilidades sociales.
- 6.- Apoyo social.

Sintomatología asociada al estrés:

Temblores.	Arritmias.
Tensión muscular.	Cansancio.
Cefaleas.	Irritabilidad.
Sudoración.	Respiración rápida.
Sequedad bucal.	Diarrea.
Dificultad para deglutir.	Dificultades para dormir.
Dolor abdominal.	Pesadillas.
Mareo.	Problemas sexuales.

Orientación diagnóstica: SAD

1.3.- BURNOUT

Situación de desequilibrio entre las necesidades de la tarea y los recursos de la persona para hacerlos frente.

Han de darse, además dos hechos:

- 1.- La existencia de una relación interpersonal directa entre el trabajador y los usuarios, cargada de emoción (principalmente negativa).
- 2.- El intento en algún momento de superar las limitaciones de la situación mediante la inversión emocional del trabajador (valor, constancia, nobleza...); el fracaso de este intento de afrontamiento condiciona el cuadro.

La implicación emocional es indispensable, por la cual cosa podríamos asimilar el burnout a una situación de estrés particular.

Se suele definir como una situación de desgaste profesional que sufren los trabajadores que realizan tareas para personas (sanidad, enseñanza, administración pública, policía, cuerpos de emergencias, servicios sociales...) debido a unas condiciones de trabajo con elevadas demandas sociales.

Esta definición ha hecho que el término "burnout" se ampliara por afectar a vendedores, teleoperadores, personal de reclamaciones, etc.

Características:

- *Agotamiento Emocional:* Disminución de la energía, irritabilidad, ansiedad, depresión, fatiga, dolor difuso...
- *Despersonalización* (no psicótica): Actitudes negativas, inestabilidad, conductas despectivas, robotización propia y del usuario...
- *Baja realización personal:* autovaloración negativa (como trabajador y como persona), errores frecuentes, déficit atencional, de concentración y elevado riesgo de siniestralidad.

Sintomatología:

- *Síntomas Psicosomáticos:* Cefaleas, algias corporales, musculares y osteoarticulares, disomnia, cambios significativos de peso (+/-), úlceras, desordenes gastrointestinales.
- *Síntomas emocionales:* Irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada al trabajo, depresión, frustración, sentimientos de inutilidad, aburrimiento...
- *Síntomas conductuales:* Absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos...) relaciones frías y distantes, conductas de riesgo, llanto inespecífico...

Vulnerabilidad al Burnout:

Es ha determinado que algunas características de la personalidad pueden exponer con probabilidad a la persona ante este síndrome:

- Inestabilidad emocional alta.
- Necesidad de relacionares con los demás.
- Alta dedicación al trabajo.
- Idealismo.
- Personalidades constitucionalmente ansiosas.
- Elevado nivel de autoexigencia.

Conclusiones:

- 1.- El Burnout es consecuencia de la ausencia de medidas reales para afrontar la demanda laboral.
- 2.- Necesita la presencia de “interacciones humanas” entre el trabajador y el cliente, de forma intensa o duradera. Estas han de poseer carga emocional.
- 3.- El Burnout es un *proceso continuo* que va surgiendo de forma gradual y que va instaurándose en el individuo, hasta provocarle sintomatología específica.
- 4.- No todo el mundo resulta igualmente afectado por la misma situación, hay marcadas diferencias entre individuos.

1.4.- PSICOPATOLOGÍA INDIVIDUAL.

Sujeto primario – Sujeto secundario.

Caso en el cual una persona que padece una psicopatología (con insight afectado – sin conocimiento de la propia enfermedad-) se convierte en un riesgo para la salud de aquellas personas que tratan con ella, por su comportamiento. (Sujeto primario y sujeto secundario respectivamente).

Por lo tanto encontramos dos lados del mismo problema, por un lado el enfermo primario; y por el otro el enfermo secundario (fruto de la interacción con el primero).

Los tipos más habituales de enfermo primario son:

- *Paranoicos*: Personas con rasgos característicos acentuados como la rigidez, desconfianza, suspicacia, proyección de la culpa hacia los demás... Tendencia a actuar con agresividad por estímulos mínimos. Habitualmente exponen razonamientos vinculados a grandes valores morales de los cuales el sujeto es partidario y defensor (religión, moral, ética laboral...) En muchas ocasiones es difícil establecer el grado de contacto con la realidad que tienen.
- *Antisociales*: Personas que no admiten las reglas sociales comunes, a menudo las rompen y tienden a abusar de las personas de su entorno. Egocéntricos y con escasa resistencia a la frustración; no suelen tener remordimientos y exponen sus razonamientos simples del tipo “me lo merezco todo y lo puedo coger”.

- *Psicóticos*: Habitualmente no presentan conflictividad agresiva (pero en períodos de brote su conducta se torna imprevisible) a pesar de que altera el entorno de trabajo de forma general por la exposición de conductas extrañas (ex. Esquizofrénicos).
- *Distócicos sociales*: Personas afectadas por numerosas desgracias personales, familiares enfermos, operaciones quirúrgicas, enfermedades crónicas, separaciones matrimoniales... por diversas razones resultan querulantes (irreflexivos y excesivamente críticos, amenazan con denuncias y demandas). Argumentan la necesidad de un trato de favor por sus “muchas desgracias”; a menudo presentan una marcada labilidad emocional.

Por norma general el enfermo primario niega tener ninguna enfermedad ni trastorno y no acude voluntariamente a consulta; de hecho, tiende a considerar a los médicos como “enemigos”, especialmente si se da la presencia de rasgos paranoicos en el sujeto.

Así pues, dado que la persona afectada por la psicopatología no acudirá a consulta; la posibilidad de contacto con este tipo de casos se realiza mediante alguna de las personas afectadas por la conducta de éste. Es decir, vendrán a consulta los compañeros, superiores o subordinados de la persona presuntamente enferma.

Sintomatología del enfermo secundario (de la persona que consulta):
Habitualmente, SAD.

1.5.- VIOLENCIA EXTERNA; FÍSICA, VERBAL y PSICOLÓGICA.

Situación en la que el usuario de un servicio o sus acompañantes se vuelven un riesgo por la salud del trabajador mediante conductas de agresión verbal, psicológica o física.

Se trataría de amenazas, agresiones, insultos, ataques a la propiedad... realizados por usuarios del servicio o por sus acompañantes.

La consecuencia más habitual se un Síndrome de Estrés Postraumático; que se define como la imposibilidad de adaptarse a una situación de daño real o posible a la cual se ha estado vinculado.

Básicamente cursa como una hiperactivación neurovegetativa general y exagerada, focalizada en unos hechos concretos (con rasgos obsesivos) y sintomatología ansiosa -depresiva asociada.

Estos tipos de riesgos están asociados al colectivo sanitario, donde los trabajadores (médicos, enfermeras...) reciben las agresiones de los enfermos y de los acompañantes.

1.6.- ACOSO LABORAL - “Mobbing”

Situación en la que los compañeros (superiores, iguales y/o inferiores) agreden a un trabajador o a un pequeño grupo de trabajadores.

La agresión puede ir desde acciones de aislamiento hasta una agresión física directa (en casos infrecuentes); puede recibir diferentes nombres según la intensidad y puede solaparse con fenómenos de discriminación (por cualquier motivo) o con estrategias políticas poco éticas.

Es una de las demandas más habituales, ha tenido y tiene mucho eco en los medios de comunicación y se utiliza como argumento para demandas judiciales.

Concepto:

El concepto de Acoso Laboral ha recibido distintas definiciones a lo largo del tiempo; en los años ochenta Heinz Leymann, (que utilizó el término de psicoterror) lo describe como una relación conflictiva en el lugar de trabajo, tanto entre colegas como entre superiores y subeditados en la cual se ataca y acorrala a una persona, la víctima, de manera repetitiva durante un período de, al menos, seis meses, con el objetivo de excluirlo o destruirlo.

El conflicto entre personas en el mundo laboral está caracterizado por no realizarse entre iguales sino que la víctima ocupa una posición de inferioridad, ya sea jerárquica o a la práctica, respecto al agresor.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) recoge la definición de Leymann para establecer la Nota Técnica Preventiva (NTP) 476 que considera el acoso laboral como una situación en la cual una persona (o en raras ocasiones un grupo de personas) ejercieran una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (aproximadamente seis meses) sobre la otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de su trabajo y conseguir que finalmente la persona o personas terminen abandonando el lugar de trabajo.

La doctora Marie-France Hirigoyen, lo define como toda conducta abusiva (gestos, palabras, comportamientos, actitudes) que atenten, por su repetición o su sistematización, contra la dignidad o la integridad psíquica o

física de una persona, poniendo peligro su lugar de trabajo o deteriorando su ambiente laboral.

En términos parecidos se expresa el profesor Iñaki Piñuel "... consiste en el maltrato moral y verbal deliberado y continuo que recibe un trabajador, hasta entonces válido, adecuado, o incluso excelente en su cumplimiento laboral, por parte de uno o varios compañeros de trabajo (incluyendo muy frecuentemente el propio jefe), que buscan con esto desestabilizarlo, minarlo emocionalmente con vista a deteriorar y disminuir su capacidad laboral o empleabilidad y poder eliminarlo del lugar de trabajo que ocupa en la organización."

Desde el punto de vista psicosocial, dos elementos más son necesarios para completar las circunstancias en las cuales se desarrolla el síndrome; como destaca otro de los especialistas españoles sobre acoso laboral más sobresalientes, el Dr. José Luís González. "*...En primer término, la presencia de una persona que asuma el papel de perseguidor principal, investida de la suficiente autoridad o carisma como para movilizar las dinámicas grupales de acoso. Su personalidad presenta una peculiar combinación de rasgos narcisistas y paranoicos, que le permiten el autoconvencimiento de la razón y justicia de su actividad destructiva.*

El segundo aspecto se relaciona con la colaboración y permisividad del resto del personal de la organización. La persecución psicológica se desarrolla en medio de un sorprendente silencio e inhibición de los observadores, que, a pesar de ser conscientes del abuso e injusticia de la situación, se abstienen de intervenir, ya sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acorralado, o bien por evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia."

Actos de agresión vinculados:

Las definiciones anteriores se completan con las formas objetivas de ejecución del acoso; que se clasifican de forma flexible y a manera de orientación en 3 grupos de acciones; según el objetivo que persiguen:

Acciones contra la reputación o la dignidad personal del afectado: Ridiculizándolo o riéndose públicamente de él, de su aspecto físico, de sus gestos, de su voz, de sus convicciones personales o religiosas, de su estilo de vida, etc.

Acciones contra el ejercicio de su trabajo: Encomendándole trabajo en exceso o difícil de realizar cuando no innecesario, monótono o repetitivo. Incluso trabajos para los cuales el individuo no está calificado o, por otro lado, privándole de la realización de cualquier tipo de trabajo.

Acciones contra la comunicación: Mantener al afectado en una situación de incomunicación con sus compañeros o someterlo a ataques verbales o escritos (estos últimos más infrecuentes).

Estas acciones pueden completarse entre ellas o con otros tipos de acciones (judiciales, económicas...) de forma adaptada a las circunstancias del caso.

Definición operativa:

Finalmente, y analizando las anteriores definiciones, extraemos la siguiente definición operativa.

El acoso laboral es un fenómeno psicosocial caracterizado por:

- ❖ Ser un conjunto de acciones sistemáticas de agresión psicológica.
- ❖ Focalizarse en la víctima (únicamente) o en un grupo reducido.
- ❖ Tener por objetivo forzar la salida de la víctima de la organización.
- ❖ Tener la intención de dañar a la víctima.
- ❖ Provocar la sensación de indefensión en la víctima.
- ❖ Provocar Psicopatología reactiva a la situación en la víctima, relacionada con trastornos ansiosos y depresivos.
- ❖ Es frecuente (1 / semana).
- ❖ Es duradera (6 meses mínimo).
- ❖ Es ejecutado por un agresor de perfil psicológicamente patológico.
- ❖ Contar, habitualmente, con la complicidad y / o omisión de ayuda de los compañeros de la víctima.
- ❖ Requerir la omisión de ayuda de la organización donde se produce.
- ❖ Tener un efecto psicológico negativo sobre los demás compañeros de la víctima (víctimas secundarias / testimonios mudos) relacionado con trastornos ansiosos o depresivos.

La frecuencia e intensidad de los actos puede hacer variar el margen temporal expuesto.

Sintomatología:

- *Efectos cognitivos:* Problemas de concentración, depresión, falta de iniciativa, irritabilidad, agitación, agresividad, sensación de inseguridad.
- *Efectos Psicosomáticos:* Dolores cervicales, dorsales y lumbares (de espalda), vómitos, anorexia, llanto persistente e inespecífico, hipertensión arterial...
- *Efectos en el Sistema Nervioso Autónomo:* sudoración, sequedad bucal, palpitaciones, falta de aire...
- *Trastornos del sueño:* Insomnio de conciliación, despertar súbito, y despertar precoz; fatiga, somnolencia y debilidad.

Impacto en la vida social - familiar:

Exclusión de los compañeros; ruptura matrimonial; distocias socio - familiares, pérdida de vida social - lúdica.

Los implicados son:

- Mobber / agresor
- Víctima
- Co-mobbers: personas que creen que es correcto el trato a la víctima y lo apoyan.
- Testimonios: personas que saben que se da una situación extraña, pero no intervienen (posible temor a ser los siguientes)

Perfiles de cada uno:

MOBBER: Rasgos psicopáticos, narcisista y paranoide, cree que su posición está en peligro (aceptado o no) por la presencia de la víctima, o la utiliza para afianzar su estatus. A menudo termina creyendo que actúa correctamente.

VÍCTIMA: variable, en 3 grupos:

- *Los insultables*: Persona débil o con alguna característica obvia “fácil” de explotar como insulto.
- *Los envidiables*: Persona con capacidad y atractivo; los líderes los consideran peligrosos por su posible ascendente dentro del grupo.
- *Los amenazantes*: Gente de ideas, con interés por cambiar las cosas. Activos y eficientes.

Frecuentemente, la víctima acaba auto responsabilizándose de la situación, por eso su autoestima declina (proceso similar al de las mujeres maltratadas).

CO-MOBBER: Por razones de seguridad o por convicción, apoyan y promueven las actividades de mobbing hacia la víctima, están asociados al mobber.

TESTIMONIOS: No están seguros de que está pasando (falta de criterio), no les gusta y aparecen remordimientos; a pesar de ello tienen miedo de ser los siguientes si toman partido por la víctima.

1.7.- ACOSO SEXUAL

Se define como toda conducta sexual indeseada que aparece en relación con el lugar de trabajo y afecta a las condiciones de desarrollo presentes o futuras.

En los casos individualizados, suele referirse a una situación en la que una persona intenta obtener acceso sexual de otra mediante presiones físicas o psicológicas.

No ha de vincular, necesariamente, jefes y empleados, ni hombre - mujer como binomio agresor (agresor - agredida); puede ser entre compañeros, entre usuarios y profesionales; vertical ascendente (empleado vs. jefe).

Tipos:

- *Verbal:* Actitudes sexistas, groseras, referencias sexuales...
- *Físico:* Contacto físico de cualquier intensidad (puede ser delito en sí mismo)
- *Ambiental:* Creación de un entorno agresivo hacia un género o tendencia sexual; con decoración (pósters, pinturas...) reglas de vestuario específicas y diferencias de trato.

Características comunes:

- Invasión de la libertad sexual y del espacio de la víctima.
- Reiteración de las conductas, a pesar de la negativa de la víctima o conductas de rechazo evidentes.
- Indeseado explícitamente por la víctima que así lo expresa.

Clínica:

La persona sometida a acoso sexual desarrolla síntomas propios del Síndrome ansioso - depresivo que pueden llegar a constituir Síndrome de Estrés Postraumático según la intensidad de la exposición (en tiempo) y el tipo de acción de acoso.

Comentarios:

Se trata de una situación delicada por:

- Su gravedad.
- La elevada frecuencia de aparición real que contrasta con la escasa presencia en consulta.
- La facilidad con la que acaba en juicio.
- El posible daño al prestigio que puede producir a la institución y a las personas vinculadas.
- La posibilidad, relativamente elevada, de casos de simulación.

1.8.- SIMULACIÓN

Situación en la cual una persona o un grupo de personas explican unos hechos que no son reales; ya sea por distorsión motivacional, rasgos de personalidad, psicopatología, interés secundario o expresión magnificada de síntomas reales (sobresimulación).

La simulación (en entornos clínicos) es una producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos falsos o exagerados con la finalidad de obtener un beneficio secundario: crear situaciones IT, dinero, evadir responsabilidades...

En sí mismo, no conforma un trastorno mental pese a que puede coexistir con otros como el trastorno antisocial de la personalidad, la psicopatía, el síndrome de Ganser, el síndrome de Münchausen, histeria o neurosis traumática, entre otros.

Formas:

Simulación (propia mente dicha) / simulación mental / simulación verdadera / simulación total: Creación de un cuadro clínico donde no lo había; es difícil de sostener y por eso poco frecuente, pero puede ser realizado para ganar tiempo o conseguir informes de derivación, de urgencias, de primera visita o de orientación diagnóstica.

Simulación por exageración / sobresimulación / supersimulación: Es la amplificación de un cuadro clínico preexistente (en gravedad, tiempo o diversidad de los síntomas).

Perseveración / metasimulación: Es la fijación de un síntoma perteneciente a un cuadro clínico resuelto.

Siniestrabilidad / Rentismo: Es el cálculo utilitario de la gravedad del síntoma a mostrar para aumentar la posible indemnización.

Neurosis de Renta: Proceso inconsciente que produce una recaída del paciente cuando está a punto de recibir el Alta, a diferencia de los otros tipos de simulación, no pretende más beneficio que el propio del rol de enfermo (a pesar de que puede estar asociado a factores económicos).

Simulación invertida / Disimulación: Se ocultan síntomas verdaderos de un proceso real. El beneficio es mantener las prerrogativas y responsabilidades del estado de "salud".

Elementos de sospecha:

- 1) Reclamaciones judiciales vinculadas.
- 2) Discrepancia entre las evidencias clínicas y los síntomas referidos (por ejemplo, ideación paranoide primitiva en una persona de CI superior al término medio).
- 3) Escasa colaboración del paciente durante el examen y con el tratamiento (actitud negativa o exigente).
- 4) La presencia de trastorno antisocial de la personalidad.
- 5) Beneficio secundario evidente.

2.- BIBLIOGRAFÍA

- Piñuel, I. (2001) *Mobbing*. Barcelona, Sal Terrae.
- Buendía, J y Ramos, F. (2001) *Empleo, estrés y salud*, Madrid, Ed. Pirámides.
- López, S. y Camps, S. (1999) *Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral*. MAPFRE Medicina, 10 (4), 253 - 260.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996) *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, C.A. Consulting Psychologist Press.
- Rodríguez Marín, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid. Síntesis.
- Irigoyen, M-F. (2001) *El acoso moral en el trabajo*. Ed. Piados. Contextos.
- Velásquez, M. (2000) *La respuesta jurídico legal ante el acoso moral en el trabajo o "mobbing"*.
- Martín Daza, F y Pérez Bilbao, (2001) J. *El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*. Nota Técnica de Prevención 476. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, MTAS.
- Martínez I.M *Hostigamiento psicológico en el trabajo*. *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 2000;3(4): 166-169.
- *Acoso psicológico en el trabajo (mobbing)*. *Cuadernos sindicales*, Nº 1, 2002. CCOO.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. *El trastorno por mediocridad inoperante activa (síndrome MIA)*. *Psiquis*, 1997;18 (6):229-231.
- *Manual sobre el acoso moral en el trabajo*. Secretaría de Acción Sindical e Institucional de UGT Madrid.
- Martínez Martínez, F. L; García-Blázquez Pérez, M. y García Blázquez, M. (2000) *Manual práctico de la Prueba Pericial Médica*. Editorial Comoares, S.L. Granada.
- DSM - IV. Editorial Masson, 1995