

***Mobbing* en el Trabajo y el Desarrollo de Trastornos por Estrés Postraumático**

Heinz Leymann y Annelie Gustafsson
Universidad de Umeå, Suecia

Originalmente publicado en:
EUROPEAN JOURNAL OF WORK AND ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY, 1996, 5 (2), 251-275

Versión en inglés disponible vía solicitud en:
<http://www.workplacebullying.org/research/further-studies.html>

Traducción, notas 1 a 7, notas a pie de página y anexos I-IV:
Psic. Sergio Navarrete Vázquez
México, D.F., Octubre 2010

Nota 1:

La traducción de este artículo se difunde con el amable permiso de la Dra. Sue Baxter, otorgado el 26 de Noviembre de 2010. Le he pedido a la Dra. Baxter que me indique, de ser el caso, cualquier error que encuentre en la traducción, a efecto de corregirlo inmediatamente. Lo mismo solicito al (la) lector(a), a quienes mucho agradeceré sus observaciones y sugerencias a la siguiente dirección: luzdesiglos@yahoo.com.mx

La versión original en inglés del presente artículo fue obtenida mediante el vínculo: <http://healthyworkplacebill.org/pdf/Leymann96.pdf> el 3 de mayo de 2009. Actualmente dicho vínculo está desactivado y el documento sólo es accesible vía solicitud al Workplace Bullying Institute en: <http://www.workplacebullying.org/research/further-studies.html> A solicitud expresa, una copia del documento me fue otorgada el 11 de junio de 2010.

Nota 2:

El término *mobbing* ha sido traducido al español de distintas maneras. Entre las expresiones más usuales se encuentran “acoso psicológico laboral” y “acoso moral”, basadas en los trabajos de dos de los autores posteriores a Leymann más reconocidos: Iñaki Piñuel y Marie-France Hirigoyen, respectivamente. En 2007, con motivo de la publicación del primer libro sobre el tema en México (Cuando el trabajo nos castiga. Debates sobre el *mobbing* en México), Florencia Peña, Patricia Ravelo y Sergio Sánchez, los coordinadores, propusieron traducirlo como “linchamiento emocional en el trabajo”; en 2009 se publicó un segundo libro, titulado “Testimonios de *mobbing*. El acoso laboral en México”, en el cual los coordinadores Peña y Sánchez mantienen la misma postura.

Heinz Leymann, en su artículo *El Contenido y Desarrollo del Mobbing en el Trabajo* (1996), señaló: “Otras expresiones encontradas en la literatura son ‘hostigamiento’ o ‘terror psicológico’.” En la primera versión al español de este artículo, realizada en el año 2000, el Dr. en Psicología Francisco Fuertes Martínez, profesor titular de Psicología de las Organizaciones en la Universidad Jaume I de Castellón (España) ofrece otra opción al traducirlo como “acoso grupal”.

En virtud de que no existe todavía un consenso respecto a la forma más adecuada de traducirlo al español, he preferido mantener todavía el término original *-mobbing-*a lo largo del texto. Sin embargo, cuando aparecen formas compuestas como “mobbing victims”, “mobbing phenomenon”, “mobbing situations”, “adult mobbing” o “mobbing process”, he apelado provisionalmente a una de sus versiones en español (acoso psicológico) para respetar el sentido que tienen en el texto.

Nota 3:

Puesto que Leymann se basó en las descripciones del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y del Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG) del DSM-III-R (publicado originalmente en 1987), consulté tanto la versión en inglés como la correspondiente versión en español -Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Barcelona: MASSON, 1988)- de ambas entradas, identificadas con los números 309.89 y 300.02 respectivamente. Es importante aclarar que, en el artículo, el texto correspondiente al TEPT y al TAG es distinto del contenido en el DSM-III-R en inglés. El (la) lector(a) puede verificar esta situación comparando el texto del artículo con el texto disponible en las siguientes páginas web:

<http://www.cirp.org/library/psych/ptsd/> y
<http://www.healthyplace.com/abuse/hollis-triumph-over-tragedy/diagnostic-codes-for-post-traumatic-stress-disorder-ptsd/menu-id-1890/>

Debido a lo anterior, aunque la esencia es la misma, para evitar confusiones y/o malentendidos, en ambos casos, de manera excepcional, he considerado pertinente transcribir la traducción oficial al español del DSM-III-R. El (la) lector(a) puede revisarla en el Anexo I, y en el Anexo II la comparación de las versiones en inglés.

Nota 4:

Lo mismo ocurrió respecto al cambio de personalidad, incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10 por sus siglas en inglés, CIE-10 en español), por lo cual he tomado la traducción oficial al español (Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Editorial Médica Panamericana S.A., 2000). Cabe señalar que se denomina transformación *persistente* de la personalidad, y no *permanente* como en la versión del artículo. El (la) lector(a) puede revisar la versión oficial en español y una comparación de las versiones en español e inglés, en el Anexo III.

Nota 5:

En la página

<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/FAQs/WhatisthemostrecentversionoftheDSM.aspx> dice lo siguiente respecto a los ajustes efectuados al DSM:

“La versión actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), llamado Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión del Texto (DSM-IV-TR), se publicó en julio de 2000. Los cambios en el DSM-IV-TR fueron, en su mayor parte, limitados al texto descriptivo que acompaña a cada trastorno. La revisión más reciente de los criterios diagnósticos fue el *DSM-IV*, publicado en 1994. En total, ha habido 4 revisiones a fondo del *DSM*. La primera edición del DSM se publicó en 1952. Revisiones posteriores incluyen el *DSM-II*, (publicado en 1968), el *DSM-III* (publicado en 1980), el *DSM-III-R* (publicado en 1987), y el *DSM-IV* (publicado en 1994).” (La traducción es mía).

La publicación de la versión V está prevista para mayo de 2013.

Nota 6:

He agregado, tanto en las referencias del artículo como en el índice de la revista (página siguiente), a los títulos en inglés -originales, o bien traducidos del alemán o el sueco- la traducción al español, a efecto de identificar los temas tratados por los autores.

Nota 7:

Con la venia del (la) lector(a), quiero agradecer a la Dra. Carmen de Vicente y al Dr. Humberto Gómez sus valiosas correcciones y sugerencias. También, el apoyo de gente que con entusiasmo participa en los foros del sitio web WordReference.com (<http://www.wordreference.com/>); varias personas me ayudaron con algunos términos, técnicos y no técnicos, en un valioso ejercicio de intercambio de ideas y respeto por el lenguaje. Ellas y ellos saben quiénes son.

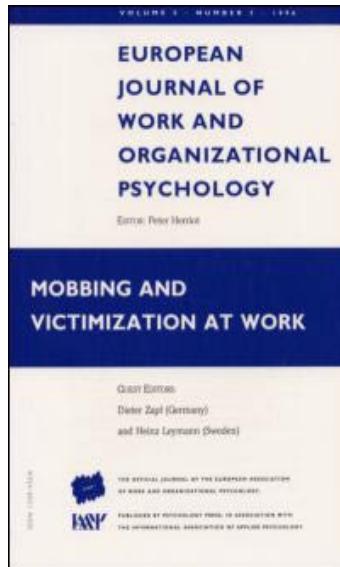


Imagen tomada de: <http://www.workpsychologyarena.com/books/Mobbing-and-Victimization-at-Work-isbn9780863779466>

ÍNDICE DEL MONOGRÁFICO

EUROPEAN JOURNAL OF WORK AND ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY, 1996, 5(2), 251-275

- 161 D. Zapf & H. Leymann
Foreword.
Introducción
- 165 H. Leymann
The Content and Development of Mobbing at Work.
El Contenido y Desarrollo del Mobbing en el Trabajo
- 185 S. Einarsen & A. Skogstad
Bullying at Work: Epidemiological Findings in Public and Private Organizations.
Intimidación en el Trabajo: Hallazgos Epidemiológicos en Organizaciones Públicas y Privadas
- 203 M. Vartia
The Sources of Bullying - Psychological Work Environment and Organizational Climate.
Las Fuentes de la Intimidación - Ambiente Psicológico en el Trabajo y Clima Organizacional.
- 215 D. Zapf, C. Knorz & M. Kulla
On the Relationship between Mobbing Factors, and Job Content, Social Work Environment, and Health Outcomes.
Sobre la Relación entre los Factores de Mobbing y el Contenido del Trabajo, el Ambiente Social del Trabajo y las Consecuencias en la Salud.
- 239 K. Niedl
Mobbing and Well-being: Economic and Personnel Development Implications.
Mobbing y Bienestar: Consecuencias Económicas y para el Desarrollo de Personal.
- 251 **H. Leymann & A. Gustafsson**
Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorders.
Mobbing en el Trabajo y el Desarrollo de Trastornos por Estrés Postraumático.
- 277 D. Groeblichhoff & M. Becker
A Case Study of Mobbing and the Clinical Treatment of Mobbing Victims.
Un Estudio de Caso de Mobbing y el Tratamiento Clínico de las Víctimas de Mobbing.
- 295 M. Resch & M. Schubinski: Mobbing – Prevention and Management in Organizations.
Mobbing - Prevención y Administración en las Organizaciones.

***Mobbing* en el Trabajo y el Desarrollo de Trastornos por Estrés Postraumático¹**

Heinz Leymann y Annelie Gustafsson

Universidad de Umeå, Suecia

La investigación psicosocial sobre el *mobbing* actualmente es realizada en varios países, principalmente en Europa. El *mobbing* es definido como un estresor social extremo en los lugares de trabajo. En este artículo, son demostradas y discutidas sus graves consecuencias mentales y psicosomáticas para la salud. Un análisis factorial de las estadísticas de los síntomas recopilados mediante las respuestas de un estudio representativo de toda la mano de obra sueca mostró al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT - PTSD por sus siglas en inglés)² como el diagnóstico admisible. Además, 64 pacientes sometidos a *mobbing* en sus lugares de trabajo son diagnosticados con la cooperación de una clínica de rehabilitación especializada en el tratamiento del TEPT crónico. El análisis estadístico de esos 64 diagnósticos muestra un grado severo de TEPT, con efectos mentales plenamente comparables con el TEPT de las experiencias de la guerra o de los campos de prisioneros.

INTRODUCCIÓN - INVESTIGACIÓN PREVIA

En el otoño de 1993, la Junta Nacional de Seguridad y Salud Laboral sueca estipuló una resolución de carácter jurídico que prohíbe la victimización psicosocial (*mobbing*) en el lugar de trabajo (AFS, 1993). El *mobbing* y la expulsión del mercado laboral podrían así, si no ser totalmente evitados, al menos ser limitados. Esta resolución fue el resultado de la investigación efectuada durante los 10 años anteriores a su legislación: Este factor dañino para la salud más problemático y peligroso en los lugares de trabajo, el fenómeno del *mobbing*, fue descrito primero por Leymann y Gustavsson en 1984. Numerosos estudios han sido desde entonces financiados por el Fondo Sueco para el Ambiente de Trabajo (Leymann, 1986, 1988, 1990, 1992a, 1992b, 1992c, 1992d). Durante principios de la década de 1990, una serie de programas de investigación comenzó en diferentes países: Austria (Niedl, 1995), Noruega (Einarsen y Raknes, 1991), Finlandia (Paanen y Vartia, 1991) y Alemania (Becker, 1993; Zapf, Knorz, y Kulla, este número). Observaciones periodísticas y clínicas también han sido reportadas en los Estados Unidos de América, Inglaterra (Adams, 1992), Australia y Dinamarca. Todos estos informes tienen en común las muy graves consecuencias para la salud del *mobbing* en el trabajo.

El gran avance clínico llegó en el comienzo de la década de 1990 cuando Leymann (1992d) descubrió que el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es probablemente el

Las solicitudes de reimpresiones deben ser dirigidas a H. Leymann, Bastionsgatan 23, S-371 32 Karlskrona, Suecia.

¹ Traducción: Psic. Sergio Navarrete Vázquez, México, D.F., Octubre 2010.

² En adelante, se usarán las siglas TEPT, correspondientes a su traducción al español.

diagnóstico psiquiátrico y psicológico correcto para aproximadamente el 95% de las personas sometidas.

En el presente artículo primero describiremos el concepto de *mobbing* y los síntomas del TEPT. Seguidamente presentaremos algunos resultados del análisis factorial de un estudio representativo sueco sobre el *mobbing* que muestra que los síntomas de mala salud encontrados en las víctimas de acoso psicológico se ajustan a la descripción del TEPT. Después presentaremos los resultados del análisis de 64 pacientes de una clínica para el tratamiento de víctimas de acoso psicológico. Por último, haremos un resumen de los hallazgos más importantes y extraeremos algunas conclusiones.

EL FENÓMENO DEL ACOSO PSICOLÓGICO

El *mobbing* ha sido denominado “atacar en grupo a alguien”, “intimidación” o “terror psicológico”.³ En este tipo de conflicto, la víctima [hombre o mujer] es sometida a un proceso de estigmatización sistemática y a la invasión de sus derechos civiles. Después de algunos años, en última instancia puede conducir a la expulsión del mercado laboral si la persona en cuestión no puede encontrar empleo.

El *mobbing* en el trabajo involucra comunicación hostil e inmoral hacia un individuo, quien es empujado a una situación de desamparo e indefensión. Según la definición esto debe ocurrir con mucha frecuencia (definición estadística: al menos una vez a la semana) y durante un largo periodo de tiempo (definición estadística: al menos seis meses). Debido a la alta frecuencia y larga duración del comportamiento hostil, este maltrato resulta en considerable sufrimiento psicológico, psicosomático y social. La investigación hasta ahora revela varias fases típicas. Una descripción del fenómeno puede encontrarse en Leymann (este número).

El Descubrimiento del TEPT como un Diagnóstico Después de la Victimización en el Trabajo

En relación con la gran inversión del Fondo para el Ambiente de Trabajo (AMFO por sus siglas en inglés) en un proyecto de investigación relativo a la expulsión social, el *mobbing* y la victimización en el trabajo en el mercado laboral, una serie de entrevistas que emplea el método LIPT (Leymann, 1990) fue incluida en una de las investigaciones representativas nacionales (Leymann, 1992a). Esta muestra incluyó 2,428 sujetos. Los análisis revelaron que 350 de éstos habían sido sometidos a *mobbing*. Los individuos respondieron a preguntas relativas a una serie de síntomas de estrés elegidos de cuestionarios neurológicos que se utilizan en el Departamento de Neurología del Instituto de Investigación de la Junta Nacional Sueca de Salud Laboral. Por cada síntoma, la persona entrevistada tuvo que declarar si él o ella tuvo el síntoma durante los últimos 12 meses (1) muy a menudo o constantemente, (2) a menudo, (3) con menos frecuencia o rara vez, o (4) nunca (la información completa acerca de la muestra y los métodos puede encontrarse en el informe original de Leymann, 1992a). El posterior análisis estadístico del material llevó a la

³ La frase original dice: “Mobbing has been referred to as ‘ganging up on someone’, ‘bullying’, or ‘psychological terror’”. Leymann ocupa estos términos en su artículo *El Contenido y Desarrollo del Mobbing en el Trabajo*, publicado en el mismo número de la revista.

hipótesis de que un TEPT (trastorno por estrés postraumático) y un TAG (trastorno por ansiedad generalizada)⁴ serían diagnósticos psiquiátricos adecuados. Los resultados del análisis estadístico y los síntomas del TEPT, tal como se define, serán presentados en primer lugar; luego se explicará el TEPT.

Resultados del Análisis Factorial

El procesamiento estadístico incluyó un análisis factorial de los síntomas (Leymann, 1992d). Se utilizó la rotación varimax de componentes principales.⁵ Como base para el análisis se utilizaron los resultados de todas las respuestas de las víctimas de acoso psicológico identificadas. Los síntomas producidos durante los últimos 12 meses llevaron a la formación de siete grupos de factores (véase el Cuadro 1). Las 350 víctimas de acoso psicológico identificadas fueron entrevistadas.

Los primeros cinco grupos de factores muestran los perfiles de factor más reveladores. Desde una perspectiva clínica, estos cinco grupos no son, ni médicamente ni psiquiátricamente, difíciles de interpretar. El Grupo 1 se refiere a los efectos cognitivos de

Cuadro 1
Análisis Factorial y Peso de Reactivos de los Síntomas Declarados por Empleados que Informan de Actividades de *Mobbing* (N= 350)

<i>Grupo 1</i>		<i>Grupo 3</i>	
Alteraciones de la memoria	0.5	Dolor en el pecho	0.6
Dificultades de concentración	0.5	Sudoración	0.6
Desalentado, deprimido	0.5	Sequedad de la boca	0.5
Falta de iniciativa, apatía	0.6	Palpitaciones del corazón	0.6
Fácilmente irritado	0.7	Falta de aliento	0.7
Inquietud general	0.7	Aumento repentino [del flujo] de sangre	0.8
Agresivo	0.6		
Sentimiento de inseguridad	0.6	<i>Grupo 4</i>	
Sensible a las adversidades	0.8	Dolor de espalda	0.7
		Dolor de cuello (parte posterior)	0.7
		Dolor muscular	0.6
<i>Grupo 2</i>		<i>Grupo 5</i>	
Pesadillas	0.6	Dificultades para conciliar el sueño	0.6
Dolor abdominal o del estómago	0.6	Sueño interrumpido	0.7
Diarrea	0.7	Despertar prematuro	0.7
Vómitos	0.7		
Sensación de enfermedad	0.8	<i>Grupo 6</i>	
Pérdida del apetito	0.6	Debilidad en las piernas	0.6
Nudo en la garganta	0.5	Debilidad	0.6
Llanto	0.5		
Solitario, sin contacto	0.6	<i>Grupo 7</i>	
		Desmayo	0.8
		Temblor	0.6

⁴ En el original dice: “(...) led to the hypothesis that a PTSD (post-traumatic stress disorder) and GAD (general anxiety disorder) would be appropriate psychiatric diagnoses.” En adelante, se usarán las siglas TAG.

⁵ La frase original dice: “The principle component varimax rotation was used.” Aunque, como puede apreciarse, no está escrita así, una forma más precisa de traducir esta frase es: “Se utilizó la variación de coordenadas varimax del análisis de componentes principales.”

fuerres estresores que producen hiperreacciones psicológicas. El Grupo 2 indica un síndrome con síntomas psicósomáticos de estrés. El Grupo 3 se refiere a los síntomas que surgen en relación con la producción de hormonas de estrés y las actividades del sistema nervioso autónomo. El Grupo 4 describe los síntomas que los médicos de cuidado de la salud de la empresa con frecuencia encuentran en personas que han estado estresadas por períodos muy largos de tiempo y donde los síntomas se refieren a la tensión muscular. El Grupo 5 comprende síntomas relacionados con problemas de sueño.

Estos resultados se compararon con síndromes psiquiátricos bien conocidos, tal como se describen en los manuales de diagnóstico psiquiátrico (*DSM-III-R*,⁶ American Psychiatric Association,⁷ 1987; *ICD-10*,⁸ World Health Organization,⁹ 1992), llevando a la hipótesis de que el TEPT puede ser el diagnóstico adecuado. Estos grupos de síntomas generados (grupos 1 a 5 en el Cuadro 1) caen psiquiátricamente bajo la categoría “trastornos por ansiedad” del *DSM-III-R*. Las agrupaciones o partes de éstas se describen bajo el diagnóstico “trastorno por estrés postraumático” (TEPT), pero también bajo “trastorno por ansiedad generalizada” (TAG).

Examinando los criterios diagnósticos para el “trastorno por ansiedad generalizada”, encontramos los grupos de factores 4, 6 y 7 entre el grupo “tensión motora” del DSM, los grupos de factores 2 y 3 en el grupo “hiperactividad autónoma” del DSM y los grupos de factores 1 y 5 en el grupo “vigilancia y exploración” del DSM. Los criterios de diagnóstico para el “trastorno por estrés postraumático” se corresponden con los grupos de factores 1 y 5.

¿Qué es entonces un trastorno por estrés postraumático?

¿Qué es el TEPT?

Como se mencionó anteriormente, existen dos manuales de diagnóstico psiquiátrico de reconocida autoridad. Uno, que será presentado aquí, es editado por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense. El otro (CIE-10) es publicado por la Organización Mundial de la Salud (1992) en Ginebra. Las directrices para el trastorno por estrés postraumático, según el *DSM-III-R* estadounidense, se dividen en cinco grupos de criterios.¹⁰

“A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el

⁶ DSM son las siglas del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, en español Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. La extensión III-R indica que es la tercera edición, revisada (publicada en 1987). La versión vigente es la denominada DSM-IV-TR (cuarta edición, revisión del texto) y fue publicada en julio de 2000. En el Anexo IV se muestran los cambios - versión en español (2002).

⁷ American Psychiatric Association (APA): Asociación Psiquiátrica Estadounidense.

⁸ ICD son las siglas de la *International Classification of Diseases*, en español Clasificación Internacional de Enfermedades. El 10 significa que se trata de la décima revisión.

⁹ World Health Organization (WHO): Organización Mundial de la Salud.

¹⁰ Se recuerda al lector que lo siguiente es una transcripción de la traducción oficial al español, misma que puede consultar en el Anexo I. Véase la Nota 3, págs. 2 y 3.

mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.

“B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres¹¹ formas siguientes: (1) recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento (en los niños pequeños, juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del traumatismo); (2) sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento; (3) conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos [*flashback*], incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas); (4) malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario.

“C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos: (1) esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma; (2) esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma; (3) incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena); (4) disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños, por ejemplo, pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje); (5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás; (6) afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas; (7) sensación de acortamiento del futuro (no se espera por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida).

“D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (no existente antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos: (1) dificultad para conciliar o mantener el sueño; (2) irritabilidad o explosiones de ira; (3) dificultad para la concentración; (4) hipervigilancia; (5) respuesta de alarma exagerada; (6) reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.

E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.”

Como se informó anteriormente, el análisis factorial realizado también reveló una conexión con el diagnóstico psiquiátrico “trastorno por ansiedad generalizada” (TAG, GAD por sus siglas en inglés) del *DSM-III-R*. El grupo de criterios interesantes para el diagnóstico del TAG es su grupo D.

¹¹ En el original del DSM en inglés no indican cantidad y en la traducción al español dice “tres” en lugar de “cuatro”.

Trastorno por Ansiedad Generalizada

Los valores de los pacientes con TEPT eran tan altos (la mayoría recibió “puntuaciones completas”), que utilizamos el grupo de criterios D del TAG como una “lupa” para el grupo de criterios D del TEPT. El motivo es en parte el deseo de adquirir diagnósticos diferenciales entre los pacientes y en parte verificar la observación clínica de que los síntomas en el grupo de criterios D del TEPT con frecuencia empeoran (a más síntomas, penetración más profunda) durante las prolongadas y profundizadas reacciones de TEPT.

El grupo de criterios D del TAG permite la diferenciación de los síntomas psicossomáticos de estrés en tres grupos, relativos a las tensiones somáticas (*tensión muscular*), síntomas como consecuencia de la actividad hormonal (*hiperactividad del sistema nervioso autónomo*), y síntomas que señalan actividades mentales cognitivas o disfunciones (*vigilancia tensa e hipersensibilidad*). Al menos seis de los siguientes 18 síntomas¹² deben estar presentes en relación con sensaciones de ansiedad (no incluye síntomas que están presentes *únicamente* en relación con ataques de pánico):

En cuanto a la tensión muscular: “(1) temblor, contracciones o sacudidas; (2) tensión o dolor muscular; (3) inquietud; (4) fatigabilidad excesiva.”

En cuanto a la hiperactividad del sistema nervioso autónomo: “(5) falta de aliento o sensación de ahogo; (6) palpitations o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia); (7) sudoración o manos frías y húmedas; (8) boca seca; (9) mareo o sensación de inestabilidad; (10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales; (11) sofocaciones o escalofríos; (12) micción frecuente; (13) dificultades para tragar o sensación de tener ‘un nudo en la garganta’.”

En cuanto a la vigilancia tensa y la hipersensibilidad: “(14) sentirse atrapado o al borde de un peligro; (15) exageración de la respuesta de alarma; (16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad; (17) dificultades en dormir o en mantener el sueño; (18) irritabilidad.”

Otra idea muy importante en relación con el diagnóstico, derivada de los manuales sobre los diagnósticos psiquiátricos, se refiere a si la personalidad del individuo sometido [a revisión] afecta esencialmente el resultado del diagnóstico.

La Personalidad como una Característica Diagnóstica

Uno a menudo escucha la teoría de que la “personalidad premórbida” de una persona hostigada debe ser culpada como el detonante social para las situaciones de acoso psicológico. Esta idea también está muy difundida entre los profesionales. Pero hasta hoy, la investigación empírica sobre el acoso psicológico entre adultos, que comenzó en 1982,

¹² En el original fue omitido el número 18: Irritabilidad. Tal como se indicó en la nota 10, se recuerda al lector que lo siguiente es una transcripción de la traducción oficial al español, misma que puede consultar en el Anexo I. Véase la Nota 3, págs. 2 y 3.

no ha sido capaz de relacionar la causa de un proceso de acoso psicológico a la personalidad de la víctima. Ni siquiera la investigación similar relativa al acoso psicológico entre niños en las escuelas (por ejemplo, Olweus, 1993) ha demostrado tal conexión.

La *CIE-10* y el *DSM-III-R* establecen que el TEPT en su fase crónica puede resultar en un cambio de personalidad permanente. El manual de la *CIE-10* (1992) de la OMS describe los síntomas típicos que se encuentran en las personas que sufren de TEPT crónico. Este cambio, de acuerdo con nuestras observaciones clínicas, parece predominar en uno de dos efectos de la ansiedad (en casos raros en ambos), ya sea una depresión grave o una obsesión grave. Tenemos personas con ambos síntomas, siendo principalmente personas que, después de varios años de tratar de protegerse a sí mismas, todavía está sufriendo de una larga y diaria victimización en el trabajo.

En nuestro trabajo clínico hemos, por lo tanto, modificado y ampliado las descripciones de los síntomas de la *CIE-10*. En la siguiente lista de síntomas, hemos marcado con * los síntomas encontrados originalmente en la *CIE-10*.¹³ Dado que la obsesión como característica principal está siempre acompañada por una cierta depresividad y viceversa, los siguientes síntomas del cambio de personalidad permanente pueden encontrarse en muchos pacientes.

Cambio de personalidad permanente con la obsesión predominando.

1. Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo.*
2. Sentimiento permanente de “estar al límite” o amenazado sin una causa externa.*
3. Una justificación compulsiva¹⁴ del propio destino (lo que provocó el TEPT) a un grado que excede el límite de tolerancia del entorno y que conduce al aislamiento y la soledad.
4. Hipersensibilidad con respecto a las injusticias y una identificación constante con el sufrimiento de otros de una manera patológica, compulsiva.

Cambio de personalidad permanente con depresión como predominante.

5. Sentimiento constante de vacío o desesperanza.*
6. Una incapacidad crónica para experimentar alegría de eventos comunes en la vida cotidiana.
7. Un riesgo constante del eventual abuso de los psicofármacos.

Cambio de personalidad permanente con síntomas adicionales que indican que el paciente ha renunciado.

8. Sentimiento de haber cambiado o ser diferente a los demás (extrañeza de sí mismo).*
9. Aislamiento social.*
10. La persona muestra una actitud cínica hacia el mundo que le rodea.

¹³ Se recuerda al lector que, para efectos de la traducción, han sido tomados de la versión oficial al español (véase la Nota 4, página 3). Cabe señalar que, dados los ajustes derivados de la experiencia, no se siguió el orden original de la *CIE-10* (véase el cuadro comparativo en el Anexo III).

¹⁴ El original dice: “A compulsory accounting of (...).” *Compulsory* es un adjetivo que significa “obligatorio” (requerido), o que se ejerce coacción (obligar con violencia a alguien a hacer o decir algo); dado el contexto, estimo más apropiado usar el término *compulsive* (compulsivo). Aplico el mismo criterio en el síntoma 4.

Obviamente, ya no es posible evaluar la personalidad original de la víctima durante una fase de TEPT crónico. Lo que es diagnosticado es la destrucción de la personalidad. Dado que los individuos que padecen el TEPT¹⁵ muestran el mismo síndrome y por ello el mismo comportamiento y combinación de síntomas (es decir, el síndrome denominado TEPT), es común que los profesionales que no tienen experiencia en el diagnóstico del TEPT supongan falsamente que es un cierto tipo de personalidad que se ve afectada por dificultades a raíz de sucesos violentos, *mobbing*, ser tomado como rehén, violación, catástrofe, etc. (Leymann, 1989, 1995).

64 PACIENTES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SUECO EN VIOLEN

Tanto la experiencia clínica, así como los resultados estadísticos revisados en la sección anterior llevan a la conclusión de que las personas que han sido sometidas a *mobbing* intensivo en sus lugares de trabajo están en riesgo de desarrollar trastornos por estrés postraumático. Con el fin de analizar el desarrollo del TEPT en más detalle, llevamos a cabo un estudio en los primeros 64 pacientes en el RehabCenter Inc. sueco, en Violen. Esta institución es una clínica privada con un programa de tratamiento diseñado especialmente para víctimas de acoso psicológico en una fase de TEPT crónico.

Método y Procedimiento

Con el fin de responder a preguntas de aspectos más detallados del TEPT, realizamos análisis estadísticos usando los datos recopilados en nuestro trabajo diagnóstico en la clínica.

La mayoría de los pacientes fueron remitidos por las oficinas del seguro social de diferentes áreas en el país. Un pequeño número fueron directamente referidos por el empleador. Según la constitución de la Junta Nacional de Seguridad y Salud Laboral sueca (AFS, 1994), que tiene carácter legal, es obligación del empleador proporcionar rehabilitación profesional para sus empleados cuando sea necesario. Todos los pacientes vinieron voluntariamente a la clínica.

El Centro de Rehabilitación sueco en Violen se especializa en el tratamiento de los efectos psicológicos que han surgido en relación con personas sometidas a un trauma psicológico (por ejemplo, robos de bancos, accidentes industriales, catástrofes, accidentes automovilísticos graves, victimización en el trabajo, etc.) La clínica ofrece un programa de tratamiento de cuatro semanas en régimen de internado.

¹⁵ La frase original dice: “Since PTSD-injured individuals show the same syndrome (...)” Parece lógico traducir la locución *PTSD-injured* como “dañados por el TEPT”, sin embargo, considerando que el TEPT es una respuesta a lo que causa el daño (un acontecimiento estresante, amenazante o catastrófico), lo que debe quedar claro es que los individuos están dañados debido a que sufren el TEPT. De ahí el ajuste en la traducción.

Selección de Instrumentos de Diagnóstico y Resumen de sus Bases Científicas

Se utilizaron varios instrumentos de diagnóstico psiquiátrico para casos relacionados con catástrofes, internacionalmente bien documentados.

1. *Brief Psychiatric Rating Scale* [Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica / Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica] (*BPRS por Overall y Gorham - una escala de evaluación basada en la observación de un experto*). Overall y Beller publicaron dos artículos en 1984: “The brief psychiatric rating scale (BPRS) in geropsychiatric research: I. Factor structure on an inpatient unit” [La escala breve de apreciación psiquiátrica en la investigación geropsiquiátrica: I. Estructura factorial sobre una unidad de hospitalización] (Overall y Beller, 1984) y “The brief psychiatric rating scale (BPRS) in geropsychiatric research: II. Representative profile patterns” [La escala breve de apreciación psiquiátrica en la investigación geropsiquiátrica: II. Patrones de perfil representativo] (Beller y Overall, 1984).

2. *Sleep and Alertness* [Sueño y Vigilancia] (*Laboratorio del Sueño del Instituto Carolina*). El cuestionario que utilizamos es una versión acortada del usado en el Laboratorio del Sueño del Instituto Carolina. Aunque la experiencia clínica detrás del cuestionario es amplia, no existen estudios métricos o estadísticas con respecto a la validez o la confiabilidad del cuestionario.

3. *General Health Questionnaire* [Cuestionario de Salud General] (*GHQ por Goldberg, versión de 20 reactivos*). La versión original del cuestionario consta de 60 preguntas. Para nuestros diagnósticos, se utilizó una versión abreviada con 20 preguntas. Las validaciones que se han llevado a cabo por investigadores noruegos son de Malt (1989), “The validity of the general health questionnaire in a sample of accidentally injured adults” [La validez del cuestionario de salud general en una muestra de adultos heridos accidentalmente] y de Holen (1990), “A long-term outcome study of survivors from a disaster” [Un estudio de resultados a largo plazo de sobrevivientes de un desastre]. El estudio original fue realizado por Goldberg (1985), “Identifying psychiatric illness among general medical patients” [Identificación de enfermedad psiquiátrica entre pacientes de medicina general] y por Goldberg y Williams (1988), “A user's guide to the general health questionnaire” [Una guía del usuario para el cuestionario de salud general].

4. *Beck's Depression Inventory* [Inventario de Depresión de Beck] (*BDI por Beck, versión de 13 reactivos*). El cuestionario existe en diferentes versiones. La versión original cuenta con 21 preguntas, la versión utilizada en nuestros diagnósticos es una versión reducida con 13 preguntas. La primera publicación fue lanzada en 1961 por Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh.

5. *Impact Event Scale* [Escala de Impacto de Eventos / Escala de Impacto de Acontecimientos] (*IES por Horowitz et al., versión de 15 reactivos*). La escala del cuestionario es una profundización de los criterios que se incluyen en las condiciones para el diagnóstico en el manual de diagnóstico psiquiátrico *DSM-III-R* (Asociación Psiquiátrica Estadounidense, 1987), sobre los que esta escala se basa. La escala fue evaluada por

Zilberg, Weiss y Horowitz (1982), en el Langley Porter Psychiatric Institute [Instituto Psiquiátrico Langley Porter] de la Universidad de California, en San Francisco. La escala fue originalmente publicada por Horowitz, Wilner y Álvarez (1982a), “Escala de impacto de eventos: Una medida del malestar subjetivo”.

6. *Post-traumatic Symptom Scale* [Escala de Estrés Postraumático / Escala de síntomas postraumáticos] (*PTSS-10 por Malt*). La escala es descrita en Rafael, Lundin y Weisaeth (1989), “A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster” [Un método de investigación para el estudio de los aspectos psicológicos y psiquiátricos del desastre].

7. *Middlesex Hospital Questionnaire* [Cuestionario del Hospital de Middlesex]¹⁶ (*versión de 40 reactivos*). Un gran número de artículos científicos acerca de este cuestionario han aparecido. Un estudio de la investigación se encuentra en Sidney (1974), “The Middlesex Hospital questionnaire (MHQ) in clinical research: A review” [El Cuestionario del Hospital de Middlesex en la investigación clínica: una revisión]. Un artículo más reciente se encuentra en Pallecchi, Nicolau, Biagi y Nardini (1990), “The Middlesex Hospital questionnaire (MHQ) compared with the MMPI: Study of internal and reciprocal correlations between the psychodiagnostic scales” [El Cuestionario del Hospital de Middlesex comparado con el MMPI: Estudio de las correlaciones internas y recíprocas entre las escalas de psicodiagnóstico”].

8. *Diagnóstico original del TEPT de acuerdo con el DSM-III-R*. Esta lista de criterios se ha tomado directamente del *DSM-III-R* (Asociación Psiquiátrica Estadounidense, 1987) y fue utilizada como un resumen diagnóstico de los siete cuestionarios mencionados en esta lista.

El Método de Diagnóstico

Después de una anamnesis laboral-social, el procedimiento de diagnóstico se llevó a cabo. Esto incluyó una descripción cronológica del curso traumático de los acontecimientos que tuvieron lugar durante los últimos años. La anamnesis sirvió de base para los criterios diagnósticos parte A, siempre que el diagnóstico mostrara un daño por TEPT. Estas anamnesis se llevaron a cabo durante entrevistas de una duración aproximada de cuatro a 10 horas.

Los pacientes fueron informados de que el diagnóstico se realiza con la ayuda de cuestionarios estandarizados. Durante el curso de las entrevistas, tan pronto como el cuestionario correspondiente fue completado, el paciente fue notificado acerca de qué tipo de información había sido reunida. Además, las(os) pacientes fueron informadas(os) inmediatamente acerca de los resultados de sus respuestas. Por lo tanto, el cuestionario fue evaluado de inmediato y continuamente durante la entrevista en curso. Incluso las interpretaciones diagnósticas de las respuestas de los pacientes fueron explicadas. Si, por ejemplo, un individuo [mujer u hombre] contestó “sí” a las preguntas relativas a una

¹⁶ El cuestionario fue creado en 1966. Posteriormente cambió su denominación a Crown-Crisp Experiential Index (CCEI).

disminución de los intereses sexuales, dificultades en la toma de decisiones, dificultades en el inicio de las tareas cotidianas, etc., esto inició una explicación del sentido de su depresividad. Por lo tanto, no se dejó al (la) paciente sin respuestas acerca de lo que sus respuestas *en realidad* significan para su estado emocional.

Este método de diagnosticar y a la vez informar al (la) paciente minuciosamente acerca del carácter y significado de sus respuestas en realidad puede ser considerado como una primera aportación terapéutica cognitivo conductual, ya en esta temprana fase durante el contacto con el paciente. El diagnóstico toma aproximadamente de dos a cuatro horas para completarse. También se dijo a los pacientes lo que significan los diferentes grupos de criterios de diagnóstico del TEPT y cómo dan lugar a los síntomas psicósomáticos en el grupo D de criterios diagnósticos.

Los Diagnósticos de los 64 Pacientes

¿Qué tipo de pacientes fueron atendidos en la clínica?, ¿de cuáles ramas profesionales han venido?, ¿en qué condiciones físicas y mentales llegaron? Esto será discutido en dos secciones a continuación, en relación con los datos biográficos y socio-económicos de los pacientes, así como sus datos diagnósticos.

Los datos Biográficos y Socio-económicos de los Pacientes

El Número de Pacientes e Información de Género

64 pacientes fueron atendidos, 20 (31%) eran hombres y 44 (69%) mujeres. La distribución por género no puede ser interpretada en relación con las condiciones a escala nacional, y sólo indica la distribución porcentual entre hombres y mujeres entre los pacientes que fueron remitidos a nosotros.

Edad

La mayoría de los pacientes tenían entre 41 y 50 años de edad (53% o 34 individuos); 23% o 15 individuos tenían entre 51 y 60 años de edad; 13% u 8 individuos tenían entre 31 y 40 años; 5% o 3 individuos eran o mayores de 61 años o menores de 30 años, respectivamente. Para un individuo, la información de la edad está perdida. Una correlación entre la edad y el género indica que las mujeres y los hombres tenían la misma distribución de edad.

Posición

14 personas (22%) tenían asignaciones de liderazgo laboral, las otros no.

Ocupación

El Cuadro 2 muestra la afiliación de los pacientes en 11 grupos ocupacionales. Éstos constituyen un resumen de la encuesta de comercio del anuario estadístico sueco (*Svenska statens statistika arsbok*, 1994) (véase su Cuadro 204: población de empleados asalariados

según la rama de negocio o industria en Noviembre de 1991, con excepción de las líneas 8 y 9). La columna central del Cuadro 2 presenta el porcentaje esperado de acuerdo con la población del país.

Cuadro 2

Ramo de Afiliación de los Pacientes en Comparación con el Ramo de Afiliación de la Población de Empleados Asalariados en Suecia - El Grupo de Pacientes (N=64) no es representativo

<i>Ramo</i>	<i>Los Grupos de Pacientes en la Clínica (%)</i>	<i>Población Trabajadora Sueca (%)</i>	<i>Sobre (+) o Sub (-) Representación</i>
01 Empresas Industriales	6.3	19.7	-
02 Comercio, trabajo de almacén	1.6	11.6	-
03 Administración Pública y trabajo social (cuidado de niños y ancianos, etc.)	23.4	12.5	+
04 Bosque / Agricultura	3.1	2.7	
05 Cuidado de la salud	23.4	10.3	+
06 Escuela / Universidad	6.3	6.2	
07 Organizaciones religiosas	6.3	0.6	+
08 Administración y oficinas	7.8	} 11.8	
09 Técnico / Información	7.8		
10 Banca y auditoría	4.7	3.6	
11 Otros	9.4	21.0	-

Es preciso señalar que la administración pública y el trabajo social (que incluye el cuidado de niños y ancianos), el cuidado de la salud y el trabajo en organizaciones religiosas (que incluye a la iglesia sueca) están sobre-representados, mientras que las empresas industriales (manufactura e industria mecánica), el comercio y el trabajo de almacén, junto con otras ramas de los negocios o la industria están sub-representadas. Nuestro grupo de pacientes, por lo tanto, no fue representativo a nivel nacional para todos los empleados diagnosticados con TEPT debido a la victimización en el trabajo u otras razones. Otros estudios muestran, sin embargo, tendencias correspondientes (Leymann, 1992a, 1992b, 1992c, 1992e; Leymann y Gustafsson, en prensa; Leymann y Lindroth, 1993; Leymann y Tallgren, 1989).

Diagnóstico

Se diagnosticó TEPT en 59 personas, las cinco restantes sufrieron de distimia¹⁷ (popularmente expresado como *burnout* psicológico). Estas cinco tuvieron la misma puntuación en las categorías B a E del TEPT, pero carecían de un curso traumático de eventos en su situación laboral.

¹⁷ En el original dice “dystymi”, pero la palabra es sueca; en inglés se escribe “dysthymia”. Es un tipo crónico de depresión en el cual los estados de ánimo de una persona están regularmente bajos. Sin embargo, no es tan extremo como otros tipos de depresión. Se desconoce la causa exacta. El principal síntoma es un estado de desánimo, pesadumbre y tristeza casi todos los días por al menos durante 2 años. Información tomada de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000918.htm>

Periodo de Tensión Promedio de los Pacientes

Por tiempo de tensión nos referimos al periodo durante el cual los pacientes fueron sometidos a actividades de acoso psicológico que dieron como resultado tensión emocional. El tiempo de tensión que los pacientes tuvieron que experimentar fue muy largo. Este período se estimó desde el momento en que el entorno psicosocial laboral del paciente se volvió mentalmente perturbador, hasta tornarse traumático (para una descripción cronológica de las fases del proceso, véase Leymann, 1992b, este número).

En el Cuadro 3 puede observarse que sólo el 15% de los pacientes tiene un periodo de tensión de menos de un año. La misma cantidad, a saber el 15%, tuvo un periodo de tensión ¡superior a ocho años! La mayoría de los pacientes, el 54%, tuvo un periodo de tensión de entre dos y ocho años. No hubo diferencia entre mujeres y hombres.

Cuadro 3
Periodo de Tensión en Número de Meses y por Sexo
(N=61; 3 abandonaron)

<i>Número de Meses</i>	<i>Total (N=61)</i>	<i>Hombres (N=19)</i>	<i>Mujeres (N=42)</i>
0-11	9 (15%)	11%	17%
12-24	10 (16%)	21%	14%
25-48	12 (20%)	21%	19%
49-96	21 (34%)	32%	36%
97+	9 (15%)	16%	14%

Resultados de los Instrumentos de Diagnóstico

En este apartado los resultados se presentan respecto a los diversos instrumentos diagnósticos utilizados en la clínica. Esto se hará en cuatro subapartados, comenzando con los instrumentos que permiten el análisis detallado del estado del TEPT. Después de eso se presentan los resultados de dos instrumentos, incluyendo información exhaustiva. En un tercer subapartado obtenemos resultados de los diagnósticos diferenciales y, finalmente, datos sobre la calidad de vida restante.

Tres instrumentos para análisis detallados del TEPT

Impact of Event Scale [Escala de Impacto de Eventos - EIE] (IES por Horowitz et al., 1982, la versión de 15 reactivos). Pensamientos intrusivos y la compulsión de evitar situaciones que recuerdan uno de los traumas constituyen el “pensamiento de terror” que es fundamental para el sufrimiento en una reacción de TEPT. La escala EIE examina estas condiciones en una base más amplia. Debido a la distribución internacional de la escala, existe la posibilidad de comparar los resultados con otros grupos de pacientes que han

contraído daños relacionados con el TEPT.¹⁸ La escala se encuentra en diferentes versiones, que varían en el número de reactivos. Utilizamos una versión con siete preguntas sobre pensamientos intrusivos (intrusión) y ocho preguntas acerca del comportamiento de evitar (evitación). Esta versión es más usada en los países escandinavos y en el mundo anglosajón. La evaluación se hace de tal manera que las respuestas “casi todos los días” y “al menos una vez a la semana” reciben cada una un punto y las respuestas “al menos una vez al mes” y “más rara vez o nunca” no reciben puntos. El instrumento contiene dos escalas. Una mide la “intrusión”, es decir, recuerdos intrusivos. La otra mide la “evitación”, es decir, la tendencia a evitar situaciones que dan inicio a los recuerdos.

El Cuadro 4 muestra que el 81% de nuestros pacientes examinados respondió “casi todos los días” o “al menos una vez a la semana” y así recibió seis o máximo siete puntos en “intrusión”. La mediana se sitúa en torno a seis puntos. El Cuadro 5 muestra el aspecto de “evitación”. La mediana se encuentra -de acuerdo con el mismo cálculo de la escala que en el Cuadro 4- en cinco puntos; el 67% de los pacientes examinados recibió cuatro, cinco o seis puntos. Esto significa que es muy difícil para los pacientes “apagar” los pensamientos intrusivos y que éstos, en conjunto, constituyen el “pensamiento de terror” al que con mayor frecuencia se descubren expuestos. Los valores en los cuadros 4 y 5 deben considerarse como extremadamente altos.

Cuadro 4

EIE: La Fuerza en la “Intrusión” (N= 64)

<i>Puntos de la Escala</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulado</i>
0	1	1.6	1.6
1			1.6
2			1.6
3	5	7.8	9.4
4	1	1.6	11.0
5	5	7.8	18.8
6* **	24	37.5	56.3
7***	28	43.8	100.0

*= primer cuartil; **= mediana; ***= tercer cuartil
No se encontraron diferencias significativas entre géneros

¹⁸ La frase original dice: “(...) other patient groups who have contracted PTSD injuries. (...)” La expresión *PTSD injuries* es similar a la de la nota a pie 15 (véase), por lo cual también la he ajustado.

Cuadro 5**EIE: La Fuerza en la “Evitación” (N= 64)**

<i>Puntos de la Escala</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulado</i>
0	1	1.6	1.6
1	2	3.1	4.7
2	2	3.1	7.8
3	4	6.3	14.1
4*	11	17.2	31.3
5**	19	29.7	61.0
6***	13	20.3	81.3
7	5	7.8	89.1
8	7	10.9	100.0

*= primer cuartil; **= mediana; ***= tercer cuartil
 No se encontraron diferencias significativas entre géneros

Sleep and Alertness [Sueño y Vigilancia] (Laboratorio del Sueño del Instituto Carolina). Con pocas excepciones, los pacientes sistemáticamente tenían problemas de sueño. El Cuadro 6 muestra una distribución de frecuencias de 13 síntomas en relación con trastornos del sueño. Los síntomas acerca de los que se preguntó fueron: dificultad para conciliar el sueño; dificultad para despertar; despertarse frecuentemente durante la noche con dificultades para ir a dormir; pesadillas; no estar totalmente descansado por la mañana; despertar definitivo demasiado temprano; sueño perturbado e inquieto; cansancio durante el día; irritación de los ojos; dormitar durante el día; estar mentalmente cansado durante el día. Sólo las respuestas referentes a “todos los días y/o noches” y “al menos una vez a la semana” se incluyen en el Cuadro 6, donde se presentan únicamente las frecuencias más altas (más del 60% de los pacientes respondió que sí).

Cuadro 6**Problemas de Sueño de los que al menos el 60% de los Pacientes ha Sufrido (N= 64)**

<i>Problema</i>	<i>% de pacientes que respondió Sí</i>
Cansado durante el día	74
Dificultad para conciliar el sueño	72
Mentalmente cansado durante el día	70
No bien descansado por la mañana	69
A menudo, despertarse durante la noche sin poder conciliar el sueño otra vez	67
Sueño interrumpido e inquieto	66
Despertar definitivo demasiado temprano	61

Además, al menos el 30% de los pacientes tenían las siguientes dificultades *cada noche o día*: dificultad para conciliar el sueño (33%), no estar totalmente descansado por la mañana (36%); sueño perturbado o inquieto (33%); cansado durante el día (33%); mentalmente cansado durante el día (36%).

Beck's Depression Inventory [Inventario de Depresión de Beck] (BDI de Beck et al., 1961, la versión de 13 reactivos). La escala se encuentra en diferentes versiones que varían en el número de preguntas formuladas. Se utilizó una versión con 13 preguntas que es usada con mayor frecuencia en los países escandinavos y en el mundo anglosajón, lo que permite la comparación. Las escalas de respuesta contienen cuatro categorías. La primera se refiere a una situación de vida normal, no depresiva (lo que da 0 puntos de calificación). Las demás categorías (1 a 3) se refieren a depresividad cada vez más grave. La puntuación total para los 13 reactivos puede así variar entre 0 y 39. La depresión en relación con el TEPT en este estudio sólo en raras ocasiones puntúa por encima de los 25 puntos, lo cual caracteriza una depresión muy fuerte.

Para un individuo sin depresión, esta escala muestra una puntuación media de tres a cinco. Los valores entre seis y 10 pueden considerarse como una depresión ligera, más de 10 como depresión moderada y depresión grave desde 16 puntos.

El Cuadro 7 muestra las frecuencias de los 64 pacientes estudiados; 33% tenían una depresión moderada mientras que el 39% padecía estados más graves de enfermedad, que exigirían un tratamiento médico.

Cuadro 7
Grado de Depresión según el BDI de Beck,
en Total y por Diferencias de Género (N= 64)

<i>Grado de Depresión</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Hombres (%)</i>	<i>Mujeres (%)</i>
0-5	13	15	11
6-10	16	20	14
11-15	33	30	34
16-20	28	10	36
21-25	9	20	5
26+	2	5	-

Dos Diagnósticos Exhaustivos

Post-traumatic Symptom Scale [Escala de Estrés Postraumático] (PTSS-10 de Malta; Raphael et al., 1989). Este cuestionario puede utilizarse por separado como un instrumento de exploración. Las 10 preguntas se presentan a individuos que han sido sometidos a diversos eventos traumáticos. Las respuestas a las 10 preguntas por sí solas no revelan si el individuo tiene una reacción de TEPT, pero sí revelan si el individuo debe ser objeto de un exhaustivo seguimiento diagnóstico posterior.

En nuestro diagnóstico, este instrumento se utiliza como uno de los primeros, ya que ofrece a *ambos*, el evaluador y el paciente, una visión general inicial y plausible del problema. Las respuestas también dan lugar a conversaciones semiterapéuticas inmediatas.

El Cuadro 8 muestra que más de la mitad de los pacientes (57%) dieron “sí” a ocho o más de las 10 posibles respuestas. Así, este grupo de pacientes se encuentra estadísticamente en un nivel de respuesta muy alto. En total, el 78% dio “sí” a seis o más respuestas. Sólo el 6% de los pacientes tuvo menos de tres respuestas afirmativas.

Cuadro 8
Distribución de Respuestas al PTSS-10 Preguntas
(N= 63, 1 abandonó)

<i>Puntos de la Escala</i>	<i>Número de Respuestas</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulativo</i>
0	1	1.6	1.6
1	-	-	1.6
2	2	3.2	4.8
3	1	1.6	6.4
4	4	6.3	12.7
5	6	9.5	22.2
6*	5	7.9	30.1
7	8	12.7	42.8
8**	18	28.6	71.4
9***	8	12.7	84.1
10	10	15.9	100.0

* = primer cuartil; ** = mediana; *** = tercer cuartil
No se encontraron diferencias significativas entre géneros

PTSD Original Diagnosis [Diagnóstico original del TEPT] (según el *DSM-III-R*, Asociación Psiquiátrica Estadounidense, 1987). El diagnóstico de TEPT, trastorno por estrés postraumático, se alcanzó en 59 de los 64 pacientes. Los cinco restantes estaban afectados por un síndrome de *burnout* y fueron tratados en consecuencia. Para los criterios de diagnóstico A los 59 pacientes diagnosticados de TEPT habían sido sometidos a una serie de experiencias traumáticas tal como fue revelado a través de las anamnesis sociales laborales. Para los criterios de diagnóstico B¹⁹ el evento traumático es revivido reiteradamente en cuando menos una de las siguientes maneras:

1. Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores del acontecimiento.
2. Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento.
3. Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo.
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

¹⁹ Los síntomas descritos entre los criterios B y E están tomados de la versión oficial en español (véase la Nota 3, págs. 2 y 3).

Según el *DSM-III-R*, el paciente debe haber tenido por lo menos uno de estos cuatro síntomas de pensamientos intrusivos (“pensamiento de terror”); 39% de los pacientes tenía tres de tales síntomas, 37% tenía los cuatro (véase el Cuadro 9).

Cuadro 9
Número de Síntomas Reportados entre los Criterios B del TEPT (N= 64)

<i>Número de Síntomas</i>	<i>Número de Pacientes</i>	<i>%</i>
0	1	2
1	3	5
2	10	17
3	23	39
4	22	37

Para los criterios de diagnóstico C el individuo constantemente evita estímulos asociados al trauma o muestra una incapacidad general para reaccionar emocionalmente, como se revela en al menos tres de los siguientes criterios:

1. Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma.
2. Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma.
3. Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
4. Disminución marcada del interés en las actividades significativas.
5. Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.
6. Afecto restringido.
7. Sensación de acortamiento del futuro.

Según el *DSM-III-R*, el paciente deberá tener al menos tres de siete síntomas enlistados de comportamiento de evitación de la situación con el fin de escapar del “pensamiento de terror”. Los 59 pacientes tenían un promedio de cinco de tales síntomas; el 51% tenía al menos seis síntomas (véase el Cuadro 10).

Cuadro 10
Número de Síntomas Declarados entre los Criterios C del TEPT (N= 59)

<i>Número de Síntomas</i>	<i>Número de Pacientes</i>	<i>%</i>
1	1	2
2	3	5
3	5	8
4	3	5
5	17	29
6	26	44
7	4	7

Para los criterios de diagnóstico D, señales persistentes²⁰ de un estado de sobre-reacción se muestran con al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o explosiones de ira.
3. Dificultad para la concentración.
4. Hipervigilancia.
5. Respuesta de alarma exagerada.
6. Reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

Según el *DSM-III-R*, el paciente deberá tener al menos dos de los seis síntomas psicosomáticos. En promedio, los 59 pacientes tuvieron cuatro de tales síntomas; el 27% tenía los seis (véase Cuadro 11).

Cuadro 11
Número de Síntomas Declarados en
los Criterios D del TEPT (N= 59)

<i>Número de Síntomas</i>	<i>Número de Pacientes</i>	%
1	3	5
2	8	14
3	6	10
4	13	22
5	13	22
6	16	27

El criterio de diagnóstico E es el periodo de tensión promedio de los pacientes. El período de tensión durante el cual el paciente había sido sometido a *mobbing* fue muy largo. Según el *DSM-III-R*, un período de síntomas de un mes después del trauma es suficiente. Para nuestros pacientes, el período de tensión se calcula desde el momento en que el entorno psicosocial laboral del paciente se ha vuelto mentalmente intolerable y el trauma ha surgido (para una descripción cronológica de las fases del proceso, véase Leymann, 1992b y este número).

En el cuadro 3 se puede ver que sólo el 15% de los pacientes tuvieron un periodo de tensión de menos de un año. La misma cantidad, es decir 15%, tuvo un tiempo la tensión de más de ocho años. La mayoría de los pacientes, el 70%, tuvo un tiempo de tensión de entre dos y ocho años. No hubo diferencias entre hombres y mujeres.

²⁰ La frase original dice: “For diagnosis criteria D permanent signs of (...)” Sin embargo, en la versión en inglés, así como la versión oficial en español, no dice “permanent”, sino “persistentes”. Como ya aclaré desde el principio, me he apegado a la versión oficial.

Diagnósticos Diferenciales

El tercer grupo de instrumentos diagnósticos se centra en el diagnóstico diferencial. El TEPT en forma crónica o semicrónica rara vez aparece de forma aislada. La ansiedad es, por supuesto, un síntoma constantemente presente. Si la ansiedad se vuelve más acentuada, se encuentra comúnmente un predominio en el área de ansiedad fóbica o en el área de pánico o ansiedad histérica. El TEPT se encuentra comúnmente con un predominio psicossomático (en tales casos se compara con los criterios D del TAG; véase la descripción previa con el fin de diferenciar entre los tres tipos de síntomas somáticos). Un predominio adicional puede encontrarse para la depresión o su opuesto, la obsesión.

Tendencias Psicóticas. Dado que los pacientes con TEPT a menudo son diagnosticados incorrectamente, por lo cual se les dan diagnósticos en áreas psicóticas, comprobamos si hay movimientos físicos maníacos extremos (manierismo y posturismo); megalomanía, alucinaciones y contenidos de pensamiento extremos (paranoia). *Ninguno* de nuestros pacientes hasta el momento ha mostrado síntomas de tendencias psicóticas.

Middlesex Hospital Questionnaire, versión de 40 reactivos [Cuestionario del Hospital de Middlesex] (Sidney, 1974). Usando este cuestionario, se plantean preguntas relativas a diferentes tendencias que pueden revelar condiciones psiquiátricas en las siguientes seis áreas: disposición a la ansiedad [o ansiógena], disposición fóbica y/o disfunción social, disposición obsesiva, disposición psicossomática, disposición depresiva y disposición para la histeria ansiosa y/o ataques de pánico o ansiedad.²¹

El Cuadro 12 muestra las frecuencias de estas seis condiciones, que pueden dar resultados de entre 0 (ausencia de respuesta afirmativa) y 8 (número máximo de respuestas afirmativas). Cuatro de los 64 pacientes no pudieron ser examinados por diversas razones.

El Cuadro 12 demuestra que la ansiedad, los problemas psicossomáticos y la depresión son los diagnósticos secundarios más comúnmente encontrados en los pacientes con TEPT. Esto debe considerarse como un resultado muy lógico en lo que respecta al carácter de los elementos que constituyen el síndrome del TEPT.

²¹ El original dice: "Using this inventory, questions are asked concerning different tendencies that can reveal psychiatric charges in the following six areas: anxiety disposition, phobic disposition and/or social malfunction, obsessive disposition, psychosomatic disposition, depressive disposition, and disposition for anxiety hysteria and/or panic anxiety." Respecto a la expresión *psychiatric charges*, no encontré un equivalente adecuado en español, por lo cual opté por apoyarme en el término "condiciones", que el autor usa en el siguiente párrafo: "Table 12 shows the frequencies for these six conditions (...)."

Por otra parte, puesto que no localicé una versión en español del instrumento (ni como MHQ ni como CCEI), busqué los equivalentes de cada condición en documentos especializados, hasta donde ha sido posible. Respecto a la última condición *-panic anxiety-* no encontré tal expresión en el DSM-III-R ni en la CIE-10, en inglés o español, por lo cual hice la traducción *-provisional-* como si se tratara de entidades independientes.

Cuadro 12

Middlesex Hospital Questionnaire: Seis Elementos de Ansiedad
Medición de 1 (más bajo) a 8 (más alto) puntos (N= 64): El Primer
Cuartil, Mediana y Tercer Cuartil (N= 60)

<i>Elemento de Ansiedad</i>	<i>Primer Cuartil</i>	<i>Mediana</i>	<i>Tercer Cuartil</i>
Ansiedad	3	5	6
Fobia	1	2	4
Obsesión	2	4	4
Psicosomático	3	5	6
Depresión	3	5	7
Histeria	1	2	3

No se encontraron diferencias significativas entre géneros

Brief Psychiatric Rating Scale [Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica] (BPRS por Overall y Gorham; Beller & Overall, 1984; Overall & Beller, 1984). Este diagnóstico se lleva a cabo sobre la base de tres objetivos. Tal vez el más importante se produce desde una perspectiva de diagnóstico diferencial con el fin de determinar si el paciente muestra elementos psicóticos. De los 64 pacientes examinados, *ninguno* mostró tales elementos según las observaciones clínicas generales y las observaciones psiquiátricas relacionadas con catástrofes: el TEPT no da lugar a psicosis salvo en excepciones muy extremas.

Para la segunda parte, el paciente hace su propio juicio sobre la misma escala que el evaluador. Ambas opiniones se comparan. Si hay un alto grado de acuerdo, se supone que el paciente tiene una buena comprensión de sí mismo y de la enfermedad que se incluye en los otros instrumentos diagnósticos utilizados. *Todos* los pacientes mostraron un muy buen auto-conocimiento.

El tercer objetivo es obtener una base adicional para una evaluación diferencial.²² Son estas evaluaciones las que estadísticamente se contabilizan aquí. Durante la clasificación, se procedió con las siete medidas de la escala del instrumento, donde la medida 1 indica “ninguno”, las medidas 2 y 3 “bajo valor”, las medidas 4 y 5 un “valor medio”, y las medidas 6 y 7 un “alto valor”. En el Cuadro 13, se presenta la distribución porcentual únicamente para los valores medio y alto. Siete pacientes no fueron evaluados por diversas razones.

²² El original dice: “The third goal is to gain an additional basis for a differential judgement. It is these judgements that are statistically accounted for here.” De acuerdo con el contexto, asumo que la palabra *judgement* se entiende en su acepción de evaluación. Véase en: <http://www.thefreedictionary.com/judgment>

Cuadro 13**Evaluación Psiquiátrica de 16 Condiciones Psiquiátricas²³ en 57 pacientes**

<i>Condición</i>	<i>N° de Pacientes con Valor >4</i>	<i>Nivel 4/5 Dificultades Medias</i>	<i>Nivel 6/7 Condiciones Graves</i>
1. Preocupaciones somáticas	29	32%	19%
2. Ansiedad	57	30%	70%
3. Pobreza emocional	33	54%	3%
4. Desorganización conceptual	43	26%	49%
5. Sentimientos de culpa	28	32%	17%
6. Tensión	48	60%	24%
7. Amaneramientos y posturas extrañas	0	0%	0%
8. Grandiosidad	0	0%	0%
9. Depresión	54	60%	35%
10. Hostilidad	10	17%	0%
11. Susplicacia	23	37%	3%
12. Alucinaciones	1	2%	0%
13. Retardo Motor	27	47%	0%
14. Falta de cooperación	7	12%	0%
15. Contenido del pensamiento raro	1	2%	0%
16. Aplanamiento afectivo	43	70%	5%

Medición de la Calidad de Vida Restante

General Health Questionnaire [Cuestionario de Salud General] (GHQ por Goldberg, versión de 20 reactivos; Goldberg, 1985; Goldberg y Williams, 1988). Debido a la distribución internacional de la escala, es posible comparar los resultados con otros grupos de pacientes que han contraído daños por padecer el TEPT. La escala existe en diferentes versiones que varían en el número de preguntas formuladas. Se utilizó la versión con 20 preguntas. Esta versión es la más utilizada en los países escandinavos y en el mundo anglosajón. La evaluación se hace de tal manera que las respuestas “peor que antes” y “mucho peor que antes” reciben un punto y las respuestas “más o menos que antes” y “mejor que antes” reciben 0 puntos. Las puntuaciones pueden por tanto estar entre 0 como la más baja y 20 como el mayor número de puntos. El número máximo de puntos indica la peor calidad de vida restante.

La mediana de los resultados de 62 pacientes se encuentra en unos muy altos 18 puntos y el tercer cuartil se encuentra en el máximo de 20. En total, el 75% de los pacientes tienen valores superiores a 16. Sólo el 8% se encuentran debajo de 10, lo que puede considerarse

²³ Las 16 variables fueron tomadas del libro *Evaluación clínica en Psiquiatría*, de la Dra. María del Carmen Lara Muñoz (Intersistemas Editores, 2003): http://www.pfizer.com.mx/files/CrossContent/ccFile_137.pdf. Otra versión: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/Neuro_psiquiatria/v64_n3/Validacion.htm, y una más en: <http://www.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaBPRS.pdf>

elevado en este contexto. Sólo cuatro pacientes tienen 1 ó 0 puntos. Esto se muestra en el Cuadro 14.

Cuadro 14
Calidad de Vida General según la evaluación de
20 reactivos (N= 62, 2 abandonaron). Ocho puntos de la escala
(2-7, 10, 12) recibieron valor 0; éstos no están representados

<i>Puntos de la Escala</i>	<i>N° de Respuestas</i>	<i>%</i>	<i>% Acumulativo</i>
01	2	3.2	3.2
08	1	1.6	4.8
09	2	3.2	8.0
11	2	3.2	11.2
13	1	1.6	12.8
14	3	4.8	17.6
15*	3	4.8	22.4
16	1	1.6	24.0
17	5	8.1	32.1
18**	11	17.8	49.9
19	7	11.3	61.2
20***	24	38.7	100.0

* = primer cuartil; ** = mediana; *** = tercer cuartil
 No se encontraron diferencias significativas entre géneros

DISCUSIÓN

¿Qué tan Graves son los Problemas Psicológicos después del *Mobbing*?

Si el grado de dificultad en los diagnósticos que nuestros pacientes han recibido fuera comparado con, por ejemplo, las personas que han atropellado y matado a personas suicidas en las líneas ferroviarias (Malt, Karlehagen y Leymann, 1993), o las vías del metro (Theorell, Leymann, Jodko, Konarski y Norbeck, 1994), veríamos marcadas diferencias. En general, las personas parecen ser capaces de imaginar intuitivamente cómo debe sentirse tratar de frenar un tren de cientos de toneladas de peso y cómo es, a pesar de estos esfuerzos desesperados, finalmente atropellar a la persona que se ha puesto a sí mismo(a) en las pistas para morir. Sin embargo, la reacción de TEPT del conductor es -estadísticamente vista- mucho más suave que la de nuestros pacientes. Además, una proporción considerablemente menor de maquinistas sufre una reacción de TEPT y comparte el diagnóstico de TEPT grave. De hecho, el número es muy pequeño en comparación con la condición que prevalece para pacientes como los nuestros, que casi todos recibieron diagnóstico grave. Esta comparación puede ilustrar lo que este grupo de pacientes debió pasar en términos de dolor psicológico, ansiedad, degradación e impotencia, llevando a daños de tal grado por padecer el TEPT. Nuestros pacientes pueden,

por otra parte, ser comparados por sus reacciones con aquellos contabilizados en un estudio noruego en relación con mujeres violadas (Dahl, 1989).

Como una comparación de los elevados resultados del grado de TEPT, puede ser interesante mencionar lo que la investigación de los maquinistas suecos y noruegos reveló, después de que atropellaron y mataron a individuos suicidas en las vías: La frecuencia de altos valores de “intrusión” -y “evitación”- (Cuadros 4 y 5) fue *considerablemente más baja* que en el presente estudio (Malt et al., 1993). Incluso un estudio que mapeó problemas psicológicos en conductores del metro de Estocolmo muestra una frecuencia *considerablemente más baja* de conductores con problemas psicológicos después de haber atropellado individuos suicidas en las vías (Theorell et al., 1994). El mencionado estudio de mujeres violadas muestra valores muy altos en las dos escalas de la EIE (Dahl, 1989). Se propone como hipótesis que los altos valores de la EIE están presentes si el evento traumático es seguido por una serie de nuevas y traumatizantes violaciones de los derechos e insultos a la identidad de parte de diferentes fuentes sociales (Leymann, 1989). Esto no ocurrió en los grupos de maquinistas, pero sí en los casos de mujeres violadas -y, por supuesto, en los empleados acosados psicológicamente en cuestión en el presente estudio. El *mobbing* y la expulsión del mercado de trabajo *son en sí mismos* una serie de victimizaciones de fuerza traumática.

Nuestra hipótesis actual es que el TEPT adquiere un desarrollo mucho peor si las situaciones traumáticas duran un largo periodo de tiempo y son seguidas por violaciones de los derechos durante un largo periodo, tales como las causadas por el sistema judicial o dentro de la comunidad de atención de la salud. Leymann (1989) llevó a cabo una amplia revisión de la literatura con respecto a la psiquiatría y la victimología de las catástrofes basado en aproximadamente 25,000 páginas de texto científico victimológico con el fin de hacer un inventario de tales decepciones, insultos y traumas renovados tras un “trauma causal” introductorio -un trauma que de ahí en adelante conduce, debido a la estructura de la sociedad y las formas funcionales, a lo que se denomina “eventos traumatizantes consiguientes”. Muchos de éstos son provocados por la forma en que las instancias administrativas enfrentan o se abstienen de enfrentar la situación.

El trabajador acosado psicológicamente que se ha convertido en nuestro paciente sufre de un *entorno traumático*: psiquiatras, oficinas de seguridad social, el departamento de personal, gerentes, compañeros de trabajo, el sindicato, los médicos generales o la asistencia médica de la empresa, etc. pueden, si los eventos progresan, producir traumas cada vez peores.

Por lo tanto, nuestros pacientes, al igual que las mujeres violadas, se encuentran bajo una amenaza constante. Mientras el perpetrador está libre, la mujer puede ser atacada otra vez. Mientras que el individuo acosado psicológicamente no reciba un apoyo efectivo, él o ella puede, en cualquier momento, ser hecho(a) pedazos otra vez.

De esta manera, estas personas se encuentran tanto en una prolongada situación de creación de estrés como en una prolongada situación de creación de trauma. En vez de una corta, aguda (¡y normal!) reacción de TEPT que puede disminuir después de varios días o semanas, la de ellas es renovada constantemente: nuevos traumas adicionales y nuevas

fuentes de ansiedad se producen en un flujo constante durante el cual el individuo experimenta violaciones de los derechos que socavan más su confianza en sí mismo(a) y su salud psicológica. La situación social difícil de manejar para estas personas consiste por lo tanto, no sólo de graves traumas psicológicos sino, además, de una condición de estrés muy prolongada que amenaza seriamente la existencia socio-económica del individuo. Arrancadas de su red social, una vida de jubilación prematura con daño psicológico permanente amenaza a la gran mayoría de las víctimas de acoso psicológico.

AGRADECIMIENTOS

Heinz Leymann asumió la responsabilidad de recopilar los datos (los diagnósticos) y de redactar el informe. Annelie Gustafsson fue responsable de procesar los datos y las estadísticas. Quiero dar las gracias a la Dra. Sue Baxter por su gran ayuda con la traducción y al Dr. J. Knispel por su asesoramiento sobre los términos usados en la investigación (Research Language Advice, 22303 Hamburg, Mühlenkamp 8D).

REFERENCIAS

- Adams, A. (1992). *Bullying at work* [Intimidación en el trabajo]. London: Virago Press.
- Arbetskyddsstyrelsens Författnings Samling. (1993). *Kränkande särbehandling i arbetslivet* [Victimization at work - Victimization en el trabajo] (Vol. 17). Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.
- Arbetskyddsstyrelsens Författnings Samling. (1994). *Arbetsanpassning och rehabilitering* [Work assignment and vocational training - Asignación de trabajo y capacitación vocacional] (Vol. 1), Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)* (rev. 3rd ed.) [Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-III-R) (3ª edición revisada)]. Washington DC: Author.
- Beck, A.T., Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh. (1961). An inventory for measuring depression [Un cuestionario para medir la depresión]. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, M. (1993). Mobbing-ein neues Syndrom [Mobbing-a new syndrome / Mobbing-un nuevo síndrome]. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 22, 108-110.
- Beller, S.A., & Overall, J.E. (1984). The brief psychiatric rating scale (BPRS) in geropsychiatric research: II. Representative profile patterns [La escala breve de apreciación psiquiátrica en la investigación geropsiquiátrica: II. Patrones de perfil representativo]. *Journal of Gerontology*, 39(2), 194-200.

Dahl, S. (1989). Acute response to rape-a PTSD variant [Respuesta aguda a la violación - una variante del TEPT]. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80 (Suppl. 355), 56-62.

Einarsen, S., & Raknes, B.I. (1991). *Mobbing i arbeidslivet. En undersökelse av forekomst ol helsemessige av mobbing på norske arbeidsplasser* [Mobbing in worklife: A study on prevalence and health effects of mobbing in Norwegian workplaces - Mobbing en la vida laboral: Un estudio sobre la prevalencia y efectos en la salud del mobbing en lugares de trabajo noruegos]. Bergen: Forskningsssenter for arbeidsmiljö (FAHS).

Goldberg, D. (1985). Identifying psychiatric illness among general medical patients [Identificación de enfermedad psiquiátrica entre pacientes de medicina general]. *British Medical Journal*, 291, 161-162.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the general health questionnaire* [Una guía del usuario para el cuestionario de salud general]. Windsor, UK: NFER-Nelson.

Holen, A. (1990). *A long-term outcome study of survivors from a disaster* [Un estudio de resultados a largo plazo de sobrevivientes de un desastre]. Oslo: University of Oslo.

Horowitz, M.J., Wilner, & Alvarez. (1982). Impact of event scale: A measure of subjective distress [Escala de Impacto de Eventos: una medida del malestar subjetivo]. *Psychosomatic Medicine*, 41, 207-218.

Leymann, H. (1986). *Vuxenmobbing-om psykiskt våld i arbetslivet* [Mobbing-psychological violence at work places / Mobbing - violencia psicológica en los lugares de trabajo]. Lund: Studentlitteratur.

Leymann, H. (1988). *Ingen annan utväg* [No Way Out - Sin salida]. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Leymann, H. (1989). *När livet slår til* [When life strikes - Cuando la vida golpea]. Stockholm: Natur och Kultur.

Leymann, H. (1990). *Handbok for användning av LIPT-formuläret för kartläggning av risker för psykiskt våld arbetsmiljön* [The LIPT questionnaire-a manual / El cuestionario LIPT - manual]. Stockholm: Violen.

Leymann, H. (1992a). *Vuxenmobbing på svenska arbetsplaster. En rikstäckande undersökning med 2.428 intervjuer* [Mobbing at Swedish workplaces-a study of 2428 individuals: Frequencies / Mobbing en lugares de trabajo suecos - un estudio de 2,428 personas: Frecuencias]. (Delrapport 1 om frekvenser.) Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

Leymann, H. (1992b). *Från mobbing till utslagning i arbetslivet* [From mobbing to expulsion in work life - Del mobbing a la expulsion en la vida laboral]. Stockholm: Publica.

Leymann, H. (1992c). *Manligt och kvinnligt vid vuxen mobbing. En rikstäckande undersökning med 2.428 intervjuer* [Gender and mobbing-a study of 2428 individuals /

Género y mobbing - un estudio de 2,428 personas]. (Delrapport 2.) Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

Leymann, H. (1992d). *Psykiatriska hälsoproblem i samband med vuxenmobbing. En rikstäckande undersökning med 2.428 intervjuer [Psychiatric problems after mobbing-a study of 2428 individuals / Problemas psiquiátricos después del mobbing - un estudio de 2,428 personas]*. (Delrapport 3.) Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

Leymann, H. (1992e). *Lönebidrag och mobbad. En svag grupps psykosociala arbetsvilkor i Sverige [The psychosocial work conditions of a group of handicapped workers in Sweden - Las condiciones psicosociales de trabajo de un grupo de trabajadores con discapacidad en Suecia]*. Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

Leymann, H. (Ed.). (1995). *Der neue Mobbing-Bericht [The new mobbing report - El nuevo informe sobre mobbing]*. Reinbek: Rowohlt.

Leymann, H., & Gustafsson, A. (in press). *Sjuksystrarnas suicider [Suicidio de enfermeras]*.

Leymann, H., & Gustavsson, B. (1984). *Psykiskt våld i arbetslivet. Två explorative undersökningar [Psychological violence at work places: Two explorative studies - Violencia psicológica en los lugares de trabajo: Dos estudios exploratorios]*. (Undersökningsrapport 42.) Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

Leymann, H., & Lindroth, S. (1993). *Vuxenmobbing mot manliga förskollärare [Mobbing of male teachers at kindergartens - Mobbing de profesores masculinos en las guarderías]*. Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

Leymann, H., & Tallgren, U. (1989). Undersökning av frekvensen vuxenmobbing inom SSAB [A study of mobbing frequencies at SSAB - Un estudio de las frecuencias de mobbing en SSAB]. *Arbete, människa, miljö, 1*, 110-115.

Malt, U. (1989). The validity of the general health questionnaire in a sample of accidentally injured adults [La validez del cuestionario de salud general en una muestra de adultos heridos accidentalmente]. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 80*(355), 103-112.

Malt, U., Karlehagen, J., & Leymann, H. (1993). The effect of major railway accidents on the psychological health of train drivers: II. A longitudinal study of the one-year outcome after the accident [El efecto de accidentes de ferrocarril importantes en la salud psicológica de los conductores de tren: II. Un estudio longitudinal del resultado un año después del accidente]. *Journal of Psychosomatic Research, 8*(37), 807-817.

Niedl, K. (1995). *Mobbing/Bullying am Arbeitsplatz [Mobbing/Bullying at the work place - Mobbing/Intimidación en el lugar de trabajo]*. München: Rainer Hampp Verlag.

Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do [Intimidación en la escuela: Lo que sabemos y lo que podemos hacer]*. Oxford: Blackwell.

Overall, J.E., & Beller, S.A. (1984). The brief psychiatric rating scale (BPRS) in geropsychiatric research: I. Factor structure on an inpatient unit [La escala breve de apreciación psiquiátrica en la investigación geropsiquiátrica: I. Estructura factorial sobre una unidad de hospitalización]. *Journal of Gerontology*, 39, 187-193.

Paanen, T., & Vartia, M. (1991). *Mobbing at workplaces in state government (in Finnish)* [Mobbing en los lugares de trabajo en el Gobierno del Estado (en finlandés)]. Helsinki: Finnish Work Environment Fund.

Pallechi, D., Nicolau, Biagi, & Nardini. (1990). The Middlesex Hospital questionnaire (MHQ) compared with the MMPI: Study of internal and reciprocal correlations between the psychodiagnostic scales [El Cuestionario del Hospital de Middlesex comparado con el MMPI: Estudio de las correlaciones internas y recíprocas entre las escalas de psicodiagnóstico]. *Medicina Psicosomatica*, 35(3), 167-175.

Raphael, B., Lundin, T., & Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster [Un método de investigación para el estudio de los aspectos psicológicos y psiquiátricos del desastre]. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80(353).

Sidney, C. (1974). The Middlesex Hospital questionnaire (MHQ) in clinical research: A review [El Cuestionario del Hospital de Middlesex en la investigación clínica: Una revisión]. In Pichot & Olivier-Martin (Eds.), *Psychological measurements in psychopharmacology*. Basel: S. Karger.

Svenska statens statistika årsbok [The Swedish government's statistical year book - Anuario estadístico del gobierno sueco]. (1994).

Theorell, T., Leymann, H., Jodko, M., Konarski, K., & Norbeck, H.E. (1994). "Person under train" incidents from the subway driver's point of view: A prospective one-year follow-up study: The design, and medical and psychiatric data [Incidentes "Persona bajo el tren" desde el punto de vista de los conductores del tren subterráneo: Una prospectiva de un estudio de un año de seguimiento: El diseño y datos médicos y psiquiátricos]. *Social Science and Medicine*, 38, 471-475.

World Health Organization. (1992). *International Classification of Diseases (10th ed.) (ICD-10)* [Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional de Enfermedades* (décima edición) (CIE-10)]. Göttingen: Huber.

Zilberg, N.J., Weiss, & Horowitz, M.J. (1982). The evaluation of IES [La evaluación de la EIE]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 407-414.

Mobbing en el Trabajo y el Desarrollo de Trastornos por Estrés Postraumático

Traducción: Psic. Sergio Navarrete Vázquez - Octubre 2010

Anexo I

Criterios para el diagnóstico del TEPT y el TAG DSM-III-R

Versión en español

(1988)

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (309.89)

- A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.
- B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:
- 1) recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento (en los niños pequeños, juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del traumatismo);
 - 2) sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento;
 - 3) conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos [*flashback*], incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas);
 - 4) malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario.
- C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:
- 1) esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma;
 - 2) esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma;
 - 3) incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena);
 - 4) disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños, por ejemplo, pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje);
 - 5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás;
 - 6) afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas;
 - 7) sensación de acortamiento del futuro (no se espera por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida).

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (309.89) (continuación)

- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (no existente antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:
- 1) dificultad para conciliar o mantener el sueño;
 - 2) irritabilidad o explosiones de ira;
 - 3) dificultad para la concentración;
 - 4) hipervigilancia;
 - 5) respuesta de alarma exagerada;
 - 6) reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.
- E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.

Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos seis meses después del traumatismo.

300.02 Trastorno por ansiedad generalizada

La sintomatología esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación no realista o excesiva (expectación aprensiva) sobre dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no está en peligro) o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno debe de haber durado seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo o social. Cuando el individuo se encuentra ansioso existen muchos síntomas de tensión motora, de hiperactividad vegetativa y de hipervigilancia. (Los síntomas que se presentan sólo durante las crisis de angustia no deben considerarse al establecer el diagnóstico.)

Para efectuar el diagnóstico de este trastorno deben descartarse otras alteraciones que frecuentemente se asocian con la ansiedad generalizada. Así, no debe efectuarse el diagnóstico si la preocupación y la ansiedad se presentan exclusivamente durante el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico; tampoco debe hacerse si los síntomas ansiosos se mantienen por un factor orgánico específico (por ejemplo, hipertiroidismo o intoxicación por cafeína).

Cuando hay también algún otro trastorno del eje I, el diagnóstico puede efectuarse si el centro de la ansiedad y de la preocupación no se halla relacionado con él. Por ejemplo, la preocupación no tiene que estar relacionada con el miedo a tener una crisis de angustia (como por ejemplo en el trastorno por angustia), con sentirse incómodo o humillado en público (como en la fobia social), con contami-

narse (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o con ganar peso (como en la anorexia nerviosa).

Los síntomas de *tensión motora* observados en el trastorno por ansiedad generalizada incluyen temblor, contracciones, sacudidas, tensión y dolores musculares, inquietud y fatigabilidad excesiva.

Los síntomas de la *hiperactividad vegetativa* incluyen falta de aliento o sensación de ahogo, palpitations o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareo o sensación de inestabilidad, náusea, diarrea u otros trastornos abdominales, sofocaciones o escalofríos, micción frecuente, dificultades para tragar o sensación de "nudo en la garganta".

Los síntomas de *hipervigilancia* incluyen sentirse atrapado o al borde de un peligro, exageración de la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, episodios en los cuales la mente se queda en blanco debido a la ansiedad, dificultades para dormir o mantener el sueño e irritabilidad.

Sintomatología asociada. En este trastorno son frecuentes los síntomas depresivos leves. A menudo hay un trastorno por angustia o un trastorno depresivo asociado pero, en cambio, no relacionado con él.

Deterioro. El deterioro de la actividad social o profesional suele ser leve. Casi nunca se sobrepasa este límite.

Complicaciones. No se dispone de información.

Edad de comienzo. La edad de comienzo es variable, pero lo más frecuente es que sea entre los veinte y los treinta años.

Curso. Por lo general, en las muestras clínicas el trastorno suele mantenerse durante muchos años.

Factores predisponentes. En las muestras clínicas el trastorno aparece algunas veces a continuación de un episodio depresivo mayor.

Prevalencia. No se diagnostica con frecuencia en las muestras clínicas cuando se han descartado otros trastornos que puedan ser responsables de los síntomas de ansiedad.

Incidencia en cada sexo. En las muestras clínicas el trastorno se distribuye aparentemente por igual entre hombres y mujeres.

Antecedentes familiares. No se dispone de información.

Diagnóstico diferencial. Este diagnóstico debe establecerse sólo cuando no ha podido demostrarse que un factor orgánico lo ha iniciado y mantenido. Antes de efectuar el diagnóstico debe considerarse siempre la posible existencia de trastornos físicos, como hipertiroidismo, trastornos mentales orgánicos, como la intoxicación

por *caféina*, puesto que pueden causar un cuadro clínico idéntico (véase la discusión sobre los factores etiológicos en el síndrome de ansiedad orgánico, pág. 139).

En el **trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso**, generalmente no se da todo el cuadro sintomático necesario para cumplir los criterios del trastorno por ansiedad generalizada; la duración de esta alteración suele ser menor de seis meses y puede reconocerse con facilidad el estresor psicosocial.

En los **trastornos psicóticos**, en los **trastornos de la conducta alimentaria**, en los **trastornos por ansiedad**, en los **trastornos depresivos** y en muchos otros trastornos mentales, la ansiedad y la preocupación son a menudo síntomas destacables pero, por lo general, se encuentran relacionados con el trastorno subyacente. El diagnóstico adicional de trastorno por ansiedad generalizada sólo debe considerarse cuando el foco de la ansiedad y la preocupación persistentes no se encuentra relacionado con otro trastorno del eje I.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada (300.02)

- A. Ansiedad y preocupación no realistas o excesivas (expectación aprensiva) en torno a dos o más circunstancias vitales; por ejemplo, preocupación por la posible desgracia de alguno de los hijos (que no se halla en peligro), o preocupación por asuntos económicos (sin ninguna razón). El trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días. En los niños y adolescentes el trastorno puede tomar la forma de ansiedad y preocupación por el rendimiento académico, deportivo y social.
- B. Para efectuar el diagnóstico, cuando también hay otro trastorno del eje I, el foco de la ansiedad y de la preocupación en A no se encuentra relacionado con él. Por ejemplo, la ansiedad y la preocupación no tiene nada que ver con el miedo a tener una crisis de angustia (como ocurre en el trastorno por angustia), a sentirse ridiculizado en público (como en la fobia social), a ser contaminado (como en el trastorno obsesivo-compulsivo) o en ganar peso (como en la anorexia nerviosa).
- C. El trastorno no debe presentarse sólo en el curso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.
- D. Por lo menos, hay seis de los siguientes dieciocho síntomas cuando el individuo está ansioso (no deben incluirse aquellos síntomas que sólo se presentan durante una crisis de angustia):

Tensión motora

- 1) temblor, contracciones o sacudidas;
- 2) tensión o dolor muscular;

Criterios para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada (300.02) (continuación)

- 3) inquietud;
- 4) fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad vegetativa

- 5) falta de aliento o sensación de ahogo;
- 6) palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia);
- 7) sudoración o manos frías y húmedas;
- 8) boca seca;
- 9) mareo o sensación de inestabilidad;
- 10) náusea, diarrea u otros trastornos abdominales;
- 11) sofocaciones o escalofríos;
- 12) micción frecuente;
- 13) dificultades para tragar o sensación de tener "un nudo en la garganta".

Hipervigilancia

- 14) sentirse atrapado o al borde de un peligro;
- 15) exageración de la respuesta de alarma;
- 16) dificultad para concentrarse o episodios en los que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad;
- 17) dificultades en dormir o en mantener el sueño;
- 18) irritabilidad.

- E. No se ha podido demostrar que un factor orgánico haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, un hipertiroidismo o la intoxicación por cafeína.

300.00 Trastorno por ansiedad no especificado

Deben incluirse aquí aquellos trastornos en los que son prominentes la ansiedad o la evitación fóbica y que no son clasificables como un trastorno por ansiedad específico o como un trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso.

Trastornos somatoformes

La sintomatología esencial de este grupo de trastornos consiste en síntomas físicos que sugieren una alteración somática (de ahí la palabra somatoforme) para los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos. A diferencia de los trastornos facticios y de la simulación, en los trastornos somatoformes la producción de síntomas no se encuentra bajo control voluntario; es decir, el individuo no tiene la sensación de controlar la producción de los síntomas. Aunque los síntomas de los trastornos somatoformes son "físicos" los procesos fisiopatológicos específicos involucrados no son demostrables o comprensibles a través de los procedimientos de laboratorio y se conceptualizan más claramente utilizando construcciones psicológicas. Por esta razón, estas alteraciones se clasifican como trastornos mentales.

El primer trastorno de esta categoría es el trastorno dismórfico (anteriormente llamado dismorfofobia). Se trata de un trastorno caracterizado por la preocupación por algún defecto imaginario en la apariencia física. El siguiente trastorno es el trastorno de conversión que se refiere a una alteración en la que se supone que los factores psicológicos están relacionados etiológicamente con una pérdida o una alteración del funcionamiento físico, sugerentes de un trastorno físico. La hipcondría define la preocupación, el miedo o la creencia de que uno padece una enfermedad grave. El trastorno por somatización es un trastorno crónico y polisintomático de inicio muy temprano en la vida y que anteriormente se conocía con el nombre de histeria o síndrome de Briquet. El dolor somatoforme se caracteriza por la existencia de un dolor que no es atribuible a cualquier otro tipo de trastorno físico o mental. El trastorno somatoforme indiferenciado reúne aquellos trastornos clínicos que recuerdan el trastorno por somatización pero que no cumplen todos los criterios de aquél.

300.70 Trastorno dismórfico (dismorfofobia)

La sintomatología esencial de este trastorno es la preocupación por algún defecto imaginario en el aspecto físico de un individuo aparentemente normal. Los síntomas más comunes se refieren a alteraciones faciales tales como granos, manchas de la piel, excesivo pelo facial, forma de la nariz, de la boca, de la mandíbula o de las cejas y supuestas hinchazones de la cara. Con menor frecuencia, el individuo se queja de la forma de los pies, manos, pechos, espalda o cualquier otra parte del

Mobbing en el Trabajo y el Desarrollo de Trastornos por Estrés Postraumático

Traducción: Psic. Sergio Navarrete Vázquez - Octubre 2010

Anexo II

Criterios para el diagnóstico del TEPT y el TAG DSM-III-R

Comparación de versiones en inglés
(1987)

ANEXO II - CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TEPT Y EL TAG DSM-III-R - COMPARACIÓN DE VERSIONES EN INGLÉS

<p align="center">Artículo del Dr. Heinz Leymann</p>	<p align="center">THE CIRCUMCISION REFERENCE LIBRARY http://www.cirp.org/library/psych/ptsd/</p>	<p align="center">www.healthyplace.com http://www.healthyplace.com/abuse/hollis-triumph-over-tragedy/diagnostic-codes-for-post-traumatic-stress-disorder-ptsd/menu-id-1890/#300.02</p>
<p>What is PTSD?</p> <p>As mentioned previously, two authoritative psychiatric diagnosis manuals exist. One, which will be presented here, is edited by the American Psychiatric Association. The other (<i>ICD-10</i>) is published by the World Health Organization (1992) in Geneva. The guidelines for post-traumatic stress disorder, according to the American <i>DSM-III-R</i>, are divided into five criteria groups.</p> <p>A. The individual has witnessed something beyond usual human experiences and which would be very trying for almost anybody, e.g. a serious threat against one's life, one's physical, or one's psychological integrity; a serious threat against or injury of one's children, partner, or even other close relatives or friends; sudden and extensive destruction of one's home or home district; seeing a person who has just been seriously injured or killed due to an accident or violent act, or witnessing the entire course of events.</p> <p>B. The traumatic event is relived repeatedly in <i>at least one</i> of the following ways: (1) Returning, insistent, and painful memory images of the events; (2) Recurring nightmares about the event; (3) The individual can suddenly act or feel as if the traumatic event is repeated (included is a feeling of going through the event again, illusions, hallucinations, and dissociative episodes or flashbacks, even such that occur during awakening or under the influence of drugs); (4) Intensive psychological discomfort in the presence of events that symbolize or are similar to some aspect of the traumatic event, e.g. the anniversary of the trauma.</p>	<p align="center">Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition - Revised) DSM-III-R</p> <p align="center">DIAGNOSTIC CRITERIA FOR 309.89 POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER.</p> <p>A. The person has experienced an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, e. g., serious threat to one's life or physical integrity; serious threat or harm to one's children, spouse, or other close relatives and friends; sudden destruction of one's home or community; or seeing another person who has been or is being, seriously injured or killed as the result of an accident or physical violence.</p> <p>B. The traumatic event is persistently reexperienced in at least one of the following ways:</p> <p>(1) recurrent and intrusive disturbing recollections of the event (in young children, repetitive play in which themes or aspects of the trauma are expressed). (2) recurrent distressing dreams of the event (3) sudden acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative [flashback] episodes, even those that occur upon awakening or when intoxicated) (4) intense psychological distress at exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event, including anniversaries of the trauma</p>	<p align="center">American Psychiatric Association Diagnostic Criteria from DSM-III-R</p> <p align="center">309.89 Post-traumatic Stress Disorder</p> <p>A. The person has experienced an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, e.g., serious threat to one's life or physical integrity; serious threat or harm to one's children, spouse, or other close relatives and friends; sudden destruction of one's home or community; or seeing another person who has recently been, or is being, seriously injured or killed as the result of an accident or physical violence.</p> <p>B. The traumatic event is persistently reexperienced in at least on of the following ways:</p> <p>1. recurrent and intrusive distressing recollections of the event (in young children, repetitive play in which themes or aspects of the trauma are expressed) 2. recurrent distressing dreams of the event 3. sudden acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative episodes {flashbacks}, even those that occur upon awakening or when intoxicated) 4. intense psychological distress at exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event, including anniversaries of the trauma</p>

<p>C. The individual constantly avoids stimuli that can be associated with the trauma or shows a general blunting of ability to react emotionally (which was not present before the trauma) in <i>at least three</i>, of the following: (1) Efforts to avoid thoughts or feelings that are associated with the trauma; (2) Efforts to avoid activities or situations that arouse memories of the trauma; (3) Inability to remember some important aspect of the trauma (psychogenic amnesia); (4) Marked reduced interest in important activities; (5) Feeling of a lack of interest or expulsion by others; (6) Limited affects, e.g. inability to cherish loving feelings; (7) A feeling of not having any future, not expecting to have a career, get married, have children, or live a long life.</p> <p>D. Permanent signs of hypersensitivity (which were not present before the trauma) are shown in <i>at least two</i> of the following: (1) Difficulties in falling asleep or uneasy sleep; (2) Irritability or bursts of fury; (3) Concentration difficulties; (4) Tense vigilance; (5) Exaggerated reaction to unexpected external stimuli; (6) Physiological reactions in the presence of events that symbolize or are similar to some aspects of the traumatic event.</p> <p>E. The disturbance must be present for <i>at least one month</i> (with symptoms according to groups B, C, and D).</p>	<p>C. Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma or numbing of general responsiveness (not present before the trauma), as indicated by at least three of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) efforts to avoid thoughts or feelings associated with the trauma (2) efforts to avoid activities or situations that arouse recollections of the trauma (3) inability to recall an important aspect of the trauma (psychogenic amnesia) (4) markedly diminished interest in significant activities (in young children loss of recently acquired developmental skills such as toilet training or language skills. (5) feeling of detachment or estrangement from others (6) restricted feeling of affect, e.g. unable to have loving feelings (7) sense of a foreshortened future, e. g. does not expect to have a career, marriage, or children, or a long life <p>D. Persistent symptoms of increased arousal (not present before the trauma), as indicated by at least two of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) difficulty falling or staying asleep (2) irritability or outbursts of anger (3) difficulty concentrating (4) hypervigilance (5) exaggerated startle response (6) physiologic reactivity upon exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event (e.g., a woman who was raped in an elevator breaks out in a sweat when entering any elevator) <p>E. Duration of the disturbance (symptoms in B, C, and D) of at least one month.</p> <p>Specify delayed onset if the onset of symptoms was at least six months after the trauma.</p> <p>Copyright © 1987 American Psychiatric Association</p>	<p>C. Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma or numbing of general responsiveness (not present before the trauma), as indicated by at least three of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. efforts to avoid thoughts or feelings associated with the trauma 2. efforts to avoid activities or situations that arouse recollections of the trauma 3. inability to recall an important aspect of the trauma (psychogenic amnesia) 4. markedly diminished interest in significant activities (in young children, loss of recently acquired developmental skills such as toilet training or language skills) 5. feeling of detachment or estrangement from others 6. restricted range of affect, e.g., unable to have loving feelings 7. sense of a foreshortened future, e.g., does not expect to have a career, marriage, or children, or a long life <p>D. Persistent symptoms of increased arousal (no present before the trauma), as indicated by at least two of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. difficulty falling or staying asleep 2. irritability or outbursts of anger 3. difficulty concentrating 4. hypervigilance 5. exaggerated startle response 6. physiologic reactivity upon exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event (e.g., a woman who was raped in an elevator breaks out in a sweat when entering any elevator) <p>E. Duration of the disturbance (symptoms in B, C, and D) of at least one month.</p> <p>Specify delayed onset if the onset of symptoms was at least six months after the trauma.</p>
--	--	---

General Anxiety Disorder

The GAD criteria group D allows differentiation of psychosomatic stress symptoms into three groups concerning somatic tensions (*muscular tension*), consequential symptoms of hormonal activity (*autonomic nervous system hyperactivity*), and symptoms which point out cognitive mental activities or malfunctions (*tense vigilance and hypersensitivity*). At least six of the following 18 symptoms should be present in connection with anxiety feelings (does not include symptoms that are *only* present in connection with panic attacks):

Regarding muscular tension: (1) Trembling, jumpy, shaky. (2) Tense, aching or sore muscles. (3) Restlessness. (4) Unusual tiredness.

Regarding autonomic nervous system hyperactivity: (5) Air hunger or a feeling of shortness of breath. (6) Heart palpitations or rapid pulse. (7) Sweating or cold wet hands. (8) Dryness of the mouth. (9) Dizziness or giddiness. (10) Feeling of sickness, diarrhoea, or other gastro-intestinal difficulties. (11) Feeling of suddenly being quite warm or cold. (12) Frequent need to urinate. (13) Difficulties in swallowing or "lump in the throat".

Regarding tense vigilance and hypersensitivity: (14) Affected or "uptight". (15) Over-reacting to unexpected external stimuli. (16) Concentration difficulties or "completely blank mind". (17) Difficulties in falling asleep or uneasy sleep.

300.02 Generalized Anxiety Disorder

(...)

D. At least six (6) of the following eighteen (18) symptoms are often present when anxious (do not include symptoms present only during panic attacks):

Motor tension

- trembling, twitching, or feeling shaky
- muscle tension, aches, or soreness
- restlessness
- easy fatigability

Autonomic hyperactivity

- shortness of breath or smothering sensations
- palpitations or accelerated heart rate (tachycardia)
- sweating, or cold clammy hands
- dry mouth
- dizziness or lightheadedness
- nausea, diarrhea, or other abdominal distress
- flushes (hot flashes) or chills
- frequent urination
- trouble swallowing or "lump in throat"

Vigilance and scanning

- feeling keyed up or on edge
- exaggerated startle response
- difficulty concentrating or "mind going blank" because of anxiety
- trouble falling or staying asleep
- irritability

Mobbing en el Trabajo y el Desarrollo de Trastornos por Estrés Postraumático

Traducción: Psic. Sergio Navarrete Vázquez - Octubre 2010

Anexo III

**Criterios para el diagnóstico de la
Transformación persistente de la personalidad
tras experiencia catastrófica**

CIE-10

Versión oficial en español (2000)

y

Comparación de versiones en español e inglés

F62 Cambios persistentes de la personalidad no atribuibles a enfermedad o daño cerebral

Este grupo incluye anomalías de la personalidad y del comportamiento en la edad adulta que, como consecuencia de catástrofes o exposiciones prolongadas a estrés excesivo, o de haber padecido enfermedades psiquiátricas graves, se han presentado en personas que previamente no presentaban trastornos de la personalidad. Los diagnósticos incluidos en este apartado sólo deben hacerse cuando haya evidencia clara de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y consigo mismo. La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que no estaba presente antes de la experiencia patógena. La alteración no debe ser una manifestación de otro trastorno mental o un síntoma residual de cualquier trastorno mental previo.

Excluye: Trastornos mentales y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral (F07.-).

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica

Es una transformación persistente de la personalidad que tiene que haber estado presente por lo menos durante dos años tras la experiencia catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera considerar la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. El trastorno se caracteriza por una actitud de desconfianza y hostilidad hacia el mundo, aislamiento social, sentimientos de vacío o desesperanza, sensación permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado, y vivencia de extrañeza de sí mismo.

Cambio de personalidad después de:

- Experiencias en campos de concentración.
- Desastres.
- Situaciones prolongadas de :
 - Cautiverio con peligro inminente de ser ejecutado.
 - Exposición a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista.
- Torturas.

Excluye: Trastorno por estrés post-traumático (F43.1).

CDI-10

- A. Debe existir evidencia (a través de la anamnesis o de informantes adecuados) de un cambio persistente en la forma de percibir, relacionarse y pensar acerca de sí mismo y del mundo, que se produce tras haber estado expuesto a un estresante catastrófico (p. ej., experiencias en campos de concentración; tortura; desastre; exposición prolongada a situaciones de riesgo vital).

- B. El cambio de personalidad debe ser significativo y manifestarse en forma de rasgos rígidos y desadaptativos definidos por, al menos, dos de los siguientes síntomas:

1. Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo en una persona que no había presentado antes estos rasgos.
2. Aislamiento social (evitación del contacto con todas las personas en general, a excepción de unos pocos parientes íntimos con los que convive) no debido a otro trastorno mental (como un trastorno afectivo).
3. Sentimiento constante de vacío o desesperanza, no limitado a un episodio recortado de trastorno afectivo y que no estaba presente antes del acontecimiento estresante. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con una incapacidad para expresar sentimientos negativos o agresivos y con un humor depresivo prolongado, sin que antes de la exposición a la situación catastrófica existiera un trastorno depresivo.
4. Sentimiento permanente de estar "al límite" o amenazado sin una causa externa, que se manifiesta por un aumento de la actitud de vigilancia y la irritabilidad en una persona que previamente no presentaba estos rasgos o tendencia exagerada a la alerta. Este estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazado puede acompañarse de predisposición al consumo excesivo de alcohol o drogas.
5. Sentimiento de haber cambiado o ser diferente a los demás (extrañeza de sí mismo). Este sentimiento puede acompañarse de vivencias de embotamiento afectivo.

- C. El cambio debe producir una alteración significativa del funcionamiento cotidiano, social o malestar subjetivo.
- D. La modificación de la personalidad debe haberse presentado después de la experiencia catastrófica y no deben existir datos de trastorno de la personalidad en la edad adulta preexistente, ni tampoco tratarse de acentuación de rasgos previos. Tampoco deben haber existido trastornos de personalidad o del desarrollo en la infancia o la adolescencia que pudieran explicar los rasgos presentes de la personalidad.
- E. La modificación de la personalidad debe haber estado presente durante al menos dos años, no estar relacionada con episodios de otros trastornos mentales (excepto el trastorno por estrés post-traumático) y no puede atribuirse a lesión cerebral ni a otra enfermedad.
- F. La transformación de la personalidad descrita es precedida a menudo de un trastorno por estrés post-traumático (F43.1). Los síntomas de ambos cuadros pueden superponerse y el cambio de personalidad puede constituir una evolución crónica de un trastorno por estrés post-traumático. Sin embargo, no se debe diagnosticar una transformación persistente de la personalidad en estos casos a no ser que, además de los criterios para estrés post-traumático, se cumplan durante dos años los criterios mencionados anteriormente.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Se trata de una transformación de la personalidad, de al menos dos años de duración, atribuible a la experiencia traumática de sufrir una enfermedad psiquiá-

**ANEXO III - CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA
TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS EXPERIENCIA CATASTRÓFICA CIE-10
COMPARACIÓN DE VERSIONES EN ESPAÑOL E INGLÉS**

Artículo del Dr. Heinz Leymann	World Health Organization The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines*	psicomed.net**	Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 Editorial Médica Panamericana S.A (2000)
<p>In the following list of symptoms, we have marked * the symptoms originally found in the ICD-10.(...), the following symptoms of the permanent personality change may be found in many patients.</p> <p>Permanent personality change with mainly obsession predominating.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A hostile and suspicious attitude towards the surroundings. * [a] 2. A chronic feeling of nervousness that one is in constant danger. * [d] 3. (...). 4. (...). <p>Permanent personality change with mainly depression as a predominate.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. A feeling of emptiness and hopelessness. * [c] 6. (...). 7. (...). <p>Permanent personality change with additional symptoms that indicate that the patient has resigned.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. The individual isolates him- or herself. * [e] 9. The person no longer feels part of the society (alienating effect). * [b] 10. (...). 	<p>62.0 Enduring personality change after catastrophic experience</p> <p>(...)</p> <p>Diagnostic guidelines</p> <p>The personality change should be enduring and manifest as inflexible and maladaptive features leading to an impairment in interpersonal, social, and occupational functioning. Usually the personality change has to be confirmed by a key informant. In order to make the diagnosis, it is essential to establish the presence of features not previously seen, such as:</p> <ol style="list-style-type: none"> (a) a hostile or mistrustful attitude towards the world; (b) social withdrawal; (c) feelings of emptiness or hopelessness; (d) a chronic feeling of being "on edge", as if constantly threatened (e) estrangement. 	<p>CIE-10</p> <p>F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica</p> <p>(...)</p> <p>Pautas para el diagnóstico. La transformación de la personalidad debe ser persistente y manifestarse como rasgos rígidos y desadaptativos que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral. Por lo general, la transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero. El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo. b) Aislamiento social. c) Sentimientos de vacío o desesperanza. d) Sentimiento permanente de "estar al límite", como si se estuviera constantemente amenazado. e) Vivencia de extrañeza de sí mismo. 	<p>F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica</p> <p>(...)</p> <p>B. El cambio de personalidad debe ser significativo y manifestarse en forma de rasgos rígidos y desadaptativos definidos por, al menos, dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo en una persona que no había presentado antes estos rasgos. 2. Aislamiento social (evitación del contacto con todas las personas en general, a excepción de unos pocos parientes íntimos con los que convive) no debido a otro trastorno mental (como un trastorno afectivo). 3. Sentimiento constante de vacío o desesperanza, no limitado a un episodio recortado de trastorno afectivo y que no estaba presente antes del acontecimiento estresante. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con una incapacidad para expresar sentimientos negativos o agresivos y con un humor depresivo prolongado, sin que antes de la exposición a la situación catastrófica existiera un trastorno depresivo. 4. Sentimiento permanente de estar "al límite" o amenazado sin una causa externa, que se manifiesta por un aumento de la actitud de vigilancia y la irritabilidad en una persona que previamente no presentaba estos rasgos o tendencia exagerada a la alerta. Este estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazado puede acompañarse de predisposición al consumo excesivo de alcohol o drogas. 5. Sentimiento de haber cambiado o ser diferente a los demás (extrañeza de sí mismo). Este sentimiento puede acompañarse de vivencias de embotamiento afectivo.

* <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

** http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F43.html

Anexo IV

Criterios para el diagnóstico del TEPT DSM-III-R y DSM-IV-TR

Cuadro comparativo

Versiones en español
(1988 y 2002)

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TEPT DSM-III-R Y DSM-IV-TR

DSM-III-R (MASSON, 1988)	DSM-IV-TR (MASSON, 2002)
<p>A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo; por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad, observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.</p> <p>B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento (en los niños pequeños, juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del traumatismo); 2) sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento; 3) conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos [<i>flashback</i>], incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas); 4) malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario. <p>C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por lo menos por tres de los siguientes fenómenos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma; 2) esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma; 3) incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena); 4) disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños, por ejemplo, pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje); 5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás; 	<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma 2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible 3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de <i>flashback</i>, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico 4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

- 6) afecto restringido; por ejemplo, incapacidad de experiencias amorosas;
7) sensación de acortamiento del futuro (no se espera por ejemplo realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (no existente antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:

- 1) dificultad para conciliar o mantener el sueño;
- 2) irritabilidad o explosiones de ira;
- 3) dificultad para la concentración;
- 4) hipervigilancia;
- 5) respuesta de alarma exagerada;
- 6) reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático; por ejemplo, una mujer que ha sido violada en un ascensor se pone a sudar cuando entra en alguno.

E. La duración del trastorno (síntomas en B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.

Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos seis meses después del traumatismo.

- 6.** restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1.** dificultades para conciliar o mantener el sueño
- 2.** irritabilidad o ataques de ira
- 3.** dificultades para concentrarse
- 4.** hipervigilancia
- 5.** respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.