



Artículo

Informe pericial: un caso de acoso laboral

Forensic report: a case of mobbing

DAVID GONZÁLEZ TRIJUEQUE¹
SABINO DELGADO MARINA²

Fecha de Recepción: 26-11-2007

Fecha de Aceptación: 01-07-2008

RESUMEN

La psicología forense constituye una especialización clásica en países anglosajones y que en España está tomando cada día mayor importancia, siendo habitual que los peritos asesoren a nuestros tribunales y jueces en materias de carácter psicológico. Por otra parte, la intervención del psicólogo como perito en la jurisdicción social (laboral) resulta aún más novedosa que en otras (p. ej., penal, menores, familia), por lo que serán de interés los conocimientos en materia preventiva y de psicología del trabajo, aunque sin obviar la premisa de que para ser un buen perito forense es necesario poseer una completa formación en psicología clínica (evaluación, psicodiagnóstico, psicopatología). En el presente artículo se facilita un informe pericial elaborado conjuntamente por expertos en psicología forense y laboral, respectivamente, sobre un tema de gran interés actual como es el acoso psicológico en el lugar de trabajo (mobbing), temática que puede ser abordada desde las distintas jurisdicciones españolas (civil, penal, social, contencioso-administrativo).

ABSTRACT

Forensic psychology represents a classic psychology specialty among Anglo-Saxon countries which is becoming more and more important in Spain nowadays –it is becoming usual that forensic experts advise courts and judges on psychological issues. Furthermore, psychologist's intervention as a forensic expert in social jurisdiction is a novel activity compared to other fields such as criminal, under aged and families. Therefore, expertise on

¹ Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

² Plataforma contra los Riesgos Psicosociales y la Discriminación Laboral de la comunidad de Madrid (PRIDICAM).

Informe pericial: un caso de acoso laboral

preventive actions and work psychology are very useful, not to say that a comprehensive training in clinical psychology (evaluation, psycho-diagnosis, psychopathology, etc.) is a key ingredient of a skilled forensic expert. This paper is a report by forensic and work psychology experts on mobbing, a subject matter that can be approached in Spain from different jurisdictions –civil, criminal, social, administrative.

PALABRAS CLAVE

Mobbing, Acoso laboral, Informe pericial.

KEY WORDS

Mobbing, Workplace bullying, Forensic report.

MOTIVO DEL INFORME

A petición del interesado y de su representante legal, se realiza una evaluación psicológica del Sr. M con objeto de determinar su estado psicológico en relación a la situación laboral que refiere padecer en los últimos años.

INFORMACIÓN REFERIDA POR EL PERITADO

El Sr. M, encargado general y responsable de calidad de la empresa X, refiere que desde Junio de 2001 está siendo objeto de reiteradas conductas de acoso por parte de su inmediato superior jerárquico. Dicha situación tiene su origen, según el Sr. M, desde el momento en que éste mostró su disconformidad con el trabajo realizado desde la empresa (por las numerosas quejas de clientes recibidas) y por su negativa a dar el visto bueno del producto elaborado, momento a partir del cual comienza a recibir un trato vejatorio por parte de su superior, el Sr. Y, recibiendo insultos y amenazas habituales tanto a solas como delante de otros empleados, así como le son encomendadas tareas por debajo de su competencia profesional. Esta situación se prolonga de forma diaria hasta ser dado de baja laboral por incapacidad temporal (IT) en Julio de 2004, manteniéndose dicha baja hasta el momento de la exploración practicada en Mayo de 2005.

METODOLOGÍA

Entrevistas y observaciones

- Entrevista abierta con el Sr. M. Duración: 2 horas.

- Entrevista clínica semiestructurada con el Sr. M. Duración: 4 horas (dos sesiones).
- Entrevista abierta con el Sr. T, trabajador de la empresa X. Duración: 1 hora.
- Entrevista abierta con la Sra. F, trabajadora de la empresa X. Duración: 1 hora.
- Se contactó telefónicamente y mediante *burofax* con la empresa X para acordar diversas entrevistas en relación al caso pero los responsables de ésta mostraron su disconformidad al respecto acusando al Sr. M de traidor.

Pruebas administradas al peritado

- SCL-90-R. Listado de Síntomas (Derogatis, Rickels y Rock, 1976). Adaptado en población española por TEA Ediciones, S.A.
- BDI. Inventario de Depresión de Beck. Adaptación española por Vázquez y Sanz (1997). Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid.
- STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Adaptado en población española por TEA Ediciones, S.A.
- MMPI-2. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, segunda versión (Hathaway y McKinley, 1999). Adaptado en población española por TEA Ediciones, S.A.

Informe pericial: un caso de acoso laboral

- LIPT-60. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico de Leymann. Versión modificada y adaptada al español por González de Rivera (2003).

Documentación examinada

- Solicitudes de asistencia médica del Sr. M a su “Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales” por diversos accidentes sufridos desde Marzo de 2002 hasta Mayo de 2004 (p. ej., contusión en cadera, herida contusa en pierna izquierda, contusión en tobillo derecho, herida abierta en rodilla derecha).
- Informes neurológicos sobre el Sr. M donde se señala que éste no presenta daño neurológico alguno y que los accidentes sufridos en su lugar de trabajo son ocasionados por su cuadro de ansiedad, el cual incide en su capacidad de concentración.
- Recetas médicas del Sr. M. con la prescripción de psicofármacos de tipo ansiolítico y antidepressivo.
- Escritos presentados por el Sr. M ante el “Comité de Seguridad y Salud” de la empresa X, exponiendo su situación de malestar y solicitando la adopción de medidas al respecto (Octubre 2002, Abril de 2003 y Enero 2004).
- Parte médico de baja laboral por incapacidad temporal (IT) del Sr. M por contingencias comunes con el diagnóstico de “ansiedad”. Julio 2004.

- Se solicitó telefónicamente y mediante *buropax* a la empresa X el acceso a documentación de carácter preventivo para conocer la cobertura ante los riesgos psicosociales de dicha entidad. No se recibió respuesta alguna por parte de los peritos firmantes del presente.

EVOLUCIÓN PSICOBIOGRÁFICA

El Sr. M nace en Z el 10 de Abril de 1946, no informando sobre aspectos de interés durante su infancia y adolescencia. Casado desde 1971, reside al momento de la exploración junto a su esposa y su hija de treinta años de edad en Madrid. Informa mantener una cordial relación con ambos progenitores, casados y residentes en Z, añadiendo tener una hermana menor con la guarda una buena relación, no refiriendo problemas familiares significativos en ningún caso y exponiendo haber sido educado con valores morales muy estrictos. A nivel social, el explorado indica mantener diversas relaciones de amistad procedentes tanto de su lugar de trabajo como de su lugar de residencia habitual.

En cuanto su trayectoria académica, el Sr. M refiere haber completado estudios elementales, manifestando recuerdos agradables respecto compañeros y profesorado.

El Sr. M no aporta datos de interés en cuanto a la prestación del servicio militar. Por otra parte, el explorado señala iniciar su actividad laboral con diecinueve años de edad, entrando a formar parte como empleado de la empresa X, siendo ésta la única organización donde el Sr. M ha prestado sus servicios. Según documentación examinada, el explorado comienza en

1970 a desarrollar las funciones propias de un encargado dado su “*elevado nivel de competencia*”, refiriendo el explorado sentimientos muy arraigados hacía la empresa para la cual prestaba sus servicios, no existiendo constancia de ninguna baja laboral ni ningún incidente relacional hasta el año 2000, coincidiendo todo ello con la jubilación del superior jerárquico del Sr. M y su sustitución por el Sr. Y (supuesto acosador). Asimismo, desde 1993, el Sr. M ostenta de manera oficial la categoría de encargado general y responsable de calidad en la empresa X.

No informa sobre problemas de salud significativos hasta 2002, año a partir del cuál comienza a sufrir diversos accidentes en su lugar de trabajo, situación que el Sr. M achaca a sus problemas de concentración generados por la situación de acoso referida. No obstante, según documentación examinada, las pruebas neurológicas realizadas al respecto no han encontrado hallazgos significativos, señalando la probable etiología de los problemas de concentración del Sr. M corresponden a un cuadro de ansiedad. Por otra parte, manifiesta padecer al momento de la exploración dolores musculares, cefaleas, molestias de estómago y dificultades para conciliar el sueño, añadiendo que ha perdido más de quince kilos en el último año y medio.

El Sr. M no informa sobre antecedentes psicopatológicos familiares de interés. A nivel personal, refiere no haber recibido ningún tipo de tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico hasta el año 2003, iniciando en Octubre tratamiento de tipo ansiolítico y antidepresivo. Recibe la baja laboral por incapacidad temporal (IT) en Julio de 2004 debido a sus problemas psicológicos derivados del trabajo según

sus propias palabras, indicándose en el parte de baja correspondiente “*ansiedad*” como motivo de la misma. No refiere hábitos tóxicos de interés.

Por último señalar que el Sr. M no informa sobre acontecimientos traumáticos durante su evolución psicobiográfica, considerando la situación de acoso referida como el hecho más destacado, en sentido negativo, durante su vida.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Varón de cincuenta y nueve años, se presenta puntualmente a las exploraciones practicadas, adecuadamente vestido y aseado, impresiona de significativa delgadez. Durante la exploración el Sr. M manifiesta un buen ajuste a la realidad, con una adecuada percepción y control de sí misma.

Lenguaje fluido, bien articulado, con un buen uso gramatical y facilidad para el discurso, con resonancia emocional a la hora de abordar su situación laboral durante los últimos años que llega a dificultar el normal desarrollo de las entrevistas mantenidas, todo ello acompañado de una adecuada expresividad corporal. Según impresión clínica, presenta una capacidad intelectual dentro de la normalidad. Orientado correctamente en tiempo, espacio y persona. Presenta dificultades en relación a su nivel atencional y a su capacidad de concentración, aspectos evidentes a la hora de cumplimentar los reactivos administrados. No refiere alteraciones sensorio-perceptivas ni sensoriomotoras durante el proceso evaluativo, mostrando en todo momento un apropiado nivel de conciencia, siendo constante y colaborador durante la evaluación realizada, estableciéndose

un correcto *rapport* con los evaluadores desde el comienzo. Cognitivamente normal, sin apreciarse alteraciones en el curso o contenido del pensamiento. Refiere dificultades significativas en relación a la memoria a corto plazo a raíz de la situación de acoso a la que hacer referencia; memoria conservada perfectamente a medio y a largo plazo.

Se aprecia importante alteración en lo referente a la autoestima y a su afectividad, principalmente a la hora de hacer referencia a la situación laboral de acoso padecida en los últimos años. En relación a estas referencias de acoso también son apreciados importantes signos y síntomas de ansiedad que el explorado indica que están afectando de forma significativa a todas las esferas de su vida pese a continuar de baja y recibiendo tratamiento especializado, ya que no puede evitar sentirse culpable y recordar lo ocurrido.

RESULTADOS DE LOS REACTIVOS ADMINISTRADOS

- SCL-90-R

El Sr. M obtiene unas elevadas puntuaciones en comparación con la población general en las escalas de ansiedad (centil 95), depresión (centil 95), obsesivo-compulsivo (centil 90) y somatizaciones (centil 90).

- BDI

La puntuación directa alcanzada por el Sr. M es de 27 puntos, lo cual indica un nivel de depresión moderado. A nivel cualitativo destacan en el peritado los sentimientos de castigo, disminución de la

capacidad laboral, pérdida de peso, estado de ánimo triste, pérdida de apetito y alteración de la libido.

- STAI

De los resultados obtenidos por el Sr. M se desprenden importantes niveles de ansiedad-rasgo (centil 90) y en menor medida de ansiedad-estado (centil 75).

- MMPI-2

Atendiendo a las escalas de validez de la prueba, el Sr. M ha mostrado un estilo de respuesta sincero y coherente, no habiendo ninguna escala que resulte inválida, si bien es cierto que se detecta una actitud de defensividad consistente en la negación de síntomas (Índice de Gough = -11). En cuanto a la interpretación general del perfil se debe señalar que el explorado muestra unos elevados niveles de ansiedad (PD > 70) (Hy; Pt; Mt; A; ANX), múltiples quejas somáticas significativas (PD > 70) (Hs; HEA; Hy3; Hy4; D3) y sintomatología depresiva (PD > 70) (D; D4; D1; Sc2). Además son detectados problemas de atención y dificultades en la concentración (PD > 70) (Hy3; Sc3).

El perfil obtenido por el peritado coincide con uno de los patrones primeramente descritos en el MMPI, la llamada V de conversión (Graham, 2000; Nicholls, 2002). Según los datos aportados por la investigación de la prueba MMPI-2 (Casullo et al., 1999; Graham, 2000; Nicholls, 2002), las personas con un perfil 3-1 (Hy-Hs) tienen tendencia a presentar importantes quejas somáticas (i.e. dolores de cabeza, pecho y espalda, así como temblores, fatiga, debilidad o insomnio), que pueden incrementarse ante situaciones estresantes. Generalmente no presentan niveles seve-

ros de ansiedad-depresión, aunque con frecuencia se obtienen niveles reducidos de eficiencia. Además, se debe señalar que el perfil obtenido por el Sr. M coincide con el perfil “tipo” obtenido en los estudios de Gandolfo en EE. UU. en el año 1995, y con el de las investigaciones llevadas a cabo por la Universidad de Bergen (Noruega) en el año 2000 (Matthiesen y Einarsen, 2001). En ambas investigaciones el objeto de estudio no es otro que la evaluación de las víctimas de *mobbing* mediante el MMPI-2; encontrándose perfiles prácticamente idénticos en los dos estudios, destacando las elevaciones en la triada neurótica (Escala Hs, D y Hy), seguidas de las escalas de paranoia, esquizofrenia y psicastenia (Pa y Pt), tal y como ocurre en el peritado (Matthiesen y Einarsen, 2001).

- LIPT-60

El Sr. M presenta unas puntuaciones más elevadas que la media obtenida por una muestra de sujetos afectados de acoso psicológico en el trabajo (tanto en el número total de estrategias de acoso percibidas, índice global de acoso e índice medio de acoso), siendo sus resultados aún más significativos si son comparados con la media de sujetos no afectados de *mobbing*. Realizando una valoración cualitativa sobre las respuestas dadas por el peritado destacan las siguientes situaciones de acoso psicológico en el trabajo: recibir gritos y ser regañado en voz alta, ser criticado en su trabajo, recibir amenazas verbales, ser evitado e ignorado, ser aislado de los demás, escuchar rumores falsos sobre él, serle asignados trabajos humillantes, recibir insultos, serle asignadas tareas por debajo de su nivel de competencia, no permitirle desarrollarse en su trabajo, minimizar sus logros y esfuerzos,

cuestionar sus decisiones, exagerar sus errores, ser puesto en ridículo; sintiéndose por todo ello constantemente provocado.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como de la impresión clínica, se observa que el Sr. M se ha mostrado sincero durante el proceso de evaluación, mostrando una actitud colaboradora en todo momento. Asimismo, los resultados obtenidos han sido consistentes en los instrumentos utilizados, no habiéndose detectado la presentación voluntaria de síntomas psicopatológicos en el momento actual. Del mismo modo, la sintomatología no ha sido magnificada durante la exploración, al contrario, ha sido descrita de forma ambigua pudiéndose deber a una escasa introspección por parte del peritado, por lo que se descarta la sobresimulación de síntomas. Respecto a este dato, el explorado obtiene una puntuación relevante en el índice de Gough del MMPI-2, lo que señala una tendencia a la disimulación (es decir, ofrecer una imagen más positiva y deseable socialmente, de la que realmente se tiene), esto puede interpretarse como un esfuerzo por mantener una imagen adecuada, negándose a sí mismo cualquier manifestación psicopatológica, hecho que constituye un signo de afrontamiento correcto en pacientes que han sufrido una pérdida de autoestima o alteración del estado de ánimo, ya que implica un esfuerzo por normalizar la situación.

La impresión diagnóstica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV-TR (APA, 2002), donde es propuesto un diagnóstico multiaxial:

Informe pericial: un caso de acoso laboral

— EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS:

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

— EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Z03.2 Sin diagnóstico [V71.09]

Rasgos obsesivo-compulsivos

— EJE III: ENFERMEDADES MÉDICAS: -

— EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES:

Problemas laborales

— EJE V: EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG):

Alteración grave de la actividad laboral (41-50)

DISCUSIÓN PERICIAL

Al momento de la exploración el Sr. M presenta un F41.1 trastorno de ansiedad generalizada [300.02], siendo ésta la principal categoría diagnóstica para los trastornos de ansiedad (Hollander, Simeon y Gorman, 1996). La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesiva que se observan durante un período superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones, en este caso relacionados con el ámbito laboral. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación, y la ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos

otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño; dificultades que provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2002).

En relación al presente caso, resulta también destacada la ausencia de indicadores de vulnerabilidad en el Sr. M que le predispongan al padecimiento de problemas psicopatológicos, situación que siempre debe ser valorada en términos periciales a la hora de establecer una posible relación causal entre hecho victimizante y patología desarrollada (Franchini, 1979; cit. Del Río, 1999).

Igualmente, debe destacarse que el Sr. M se mostró cooperativo durante todo el proceso de evaluación, proporcionando cuanta información le fue solicitada. Respecto a una posible manipulación de los síntomas registrados, se descarta cualquier actitud de simulación, sobresimulación o disimulación, por las siguientes razones: 1) La mayor parte de las víctimas de *mobbing* pasan importantes periodos de tiempo sin saber que les ocurre; la evidencia indica que si existe un problema en relación la *mobbing* es más el de su desconocimiento que el de la simulación por falsas víctimas (Piñuel, 2003); 2) Han sido evaluados signos de sospecha propios de los simuladores (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Respecto a este último aspecto se debe señalar que el peritado muestra un cuadro que encaja en el curso y evolución de una psicopatología habitual, no muestra sintomatología estafalaria, no realiza una sobreactuación clínica, no presenta una personalidad antisocial, ofrece un testimonio estable, los hechos son narrados y vivenciados, además el sujeto busca solu-

ción ante su situación. Estos datos ofrecidos no son propios de alguien que pretenda simular una situación psicopatológica. Además, en las pruebas psicodiagnósticas empleadas para la evaluación del peritado no se observa una exageración uniforme (situación propia de los simuladores), debiéndose añadir que las escalas de validez son correctas en los protocolos cumplimentados por el Sr. M, no detectándose simulación en ninguna de ellas. El patrón de síntomas se presenta de modo consistente, en todos los instrumentos de evaluación utilizados, cualitativos y cuantitativos, existiendo concordancia entre la impresión clínica y los hallazgos psicométricos alcanzados.

El estado psicopatológico actual del Sr. M es susceptible de mejoría, por lo que se recomienda que reciba tratamiento especializado orientado a la reducción del estrés, mejorar el manejo del elemento estresante si no es eliminable o reductible y en establecer un sistema de apoyo para potenciar la adaptación del individuo (Kaplan y Sadock, 1999; Strain et al., 1996).

En cuanto a la situación de acoso referida por el Sr. M, se debe señalar que fue Leymann el primer autor en sugerir una definición operativa del concepto *mobbing* (Zapf et al., 1996), definiéndolo como “una hostilidad y comunicación no ética, que es dirigida de modo sistemático por uno (o pocos) sujetos hacia un individuo, que debido a esta situación le coloca en una indefensa posición. Este hecho suele ocurrir de una forma muy frecuente (al menos una vez a la semana) y durante un cierto tiempo (al menos seis meses de duración)”. Por otra parte, diversos estudios señalan cinco actividades básicas de acoso moral (Leymann, 1996), como son

la existencia de actos con el propósito de reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros, evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales, realizar actuaciones dirigidas a desacreditar a la víctima o impedirle mantener su reputación personal, procurar la reducción de la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante su desacreditación profesional e intentar empeorar la salud (física o psíquica) de la víctima tal y como indica haber padecido el Sr. M durante sus últimos años en activo. De hecho, cabe destacar que tanto el tipo de acontecimientos referidos por el Sr. M, como el curso y evolución de la sintomatología desarrollada, son consistentes con el proceso de victimización propio de las personas sometidas a una situación de acoso psicológico en el trabajo, ya que el *mobbing* es considerado como un extendido y peligroso tipo de estrés social dentro del contexto laboral (Einarsen, 2000; Leymann, 1996; Niedl, 1996; Vartia, 1996; Zapf et al., 1996), coincidiendo los estudios realizados al respecto en señalar las negativas consecuencias para la salud de la víctima que es sometida a acoso psicológico en el trabajo (Borrás, 2002; Leymann y Gustafsson, 1996; Matthiesen y Einarsen, 2001; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Pérez-Bilbao et al., 2001; Piñuel, 2001, 2003; Zapf y Einarsen, 2001) ya que la sistemática exposición a la violencia psicológica y el hostigamiento laboral genera una gran tensión en la mayoría de los trabajadores (Matthiesen y Einarsen, 2001), produciendo un impacto negativo en el bienestar de la persona afectada (Niedl, 1996) y llevando a la víctima a una posición de indefensión (Groebinghoff y Becker, 1996). La irritabilidad, la sintomatología ansioso-depresiva y las somatizaciones son los signos clínicos más habituales en las víctimas

de acoso psicológico en el contexto laboral (Mikkelsen y Einarsen, 2002; Niedl, 1996).

El proceso del acoso psicológico tiende a cronificarse y agravarse, siendo a menudo la marginación dentro de la organización la única alternativa para la víctima, de hecho, el desenlace habitual de este tipo de situación suele ser o bien que la víctima abandone la empresa, o que sea despedida o bien que pida el traslado a otro departamento esperando una mejora de la situación. La respuesta de la organización ante el *mobbing* es la negación, y la no asunción del problema, tratando de justificar la situación con la forma de ser de la víctima o con una disminución del rendimiento profesional, no obstante en el presente caso no fue posible obtener información directa de la empresa X por negativa de ésta.

Por último, tal y como se ha expuesto se han detectado síntomas en el Sr. M que pueden considerarse psicopatológicos por entorpecer la estabilidad y adaptación del explorado a su entorno, en forma de un trastorno de ansiedad generalizada, tratándose de una alteración psicopatológica que constituye un menoscabo para la integridad psicológica y la salud del Sr. M. Estas alteraciones constituyen pues una “lesión psíquica” (Blay, 1997; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000) con entidad diagnóstica. Debe distinguirse este concepto de lesión psíquica del daño moral producido, relacionado con la actitud de indignación o sufrimiento moral desarrollado por las víctimas de sucesos como el sufrido por el explorado. La doctrina científico-legal coincide en que el perito no puede valorar en ningún caso los daños morales, ya que esta misión sólo corresponde al juzgador, pero sí puede ser útil en la descripción y

evaluación de sus manifestaciones y repercusiones, ya que se relacionan habitualmente con las lesiones/secuelas (físicas y mentales) sufridas (Blay, 1997; Daray, 1999; Del Río, 1999; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; Hernández-Cueto, 2002).

CONCLUSIONES

Los peritos psicólogos firmantes del presente informe han redactado su contenido con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SS^a y al Tribunal que corresponda, son emitidas las siguientes conclusiones:

PRIMERA: El Sr. M presenta un **F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02]**, cumpliendo los criterios de la APA (2002). El Sr. M no presenta ningún trastorno de la personalidad que haya podido dificultar su adaptación al entorno laboral. No se detecta durante la evaluación realizada sobresimulación clínica de síntomas por parte del peritado.

SEGUNDA: La etiología de dicha alteración se ubica, verosímelmente, en la influencia directa de un estresor psicosocial en el contexto laboral, identificado por el Sr. M como una situación de acoso hacia su persona.

TERCERA: Los resultados obtenidos por el Sr. M en la evaluación técnica realizada constituyen elementos consistentes con una situación de acoso psicológico laboral, también denominado *mobbing* por la literatura científica.

Es cuanto cumple informar,

En Madrid, a (día) de (mes) de (año)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Blay, P. (1997). El daño psíquico en Psicología Forense. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. Año 2; N° 1.
- Borrás, LL. (2003). Opinión y actualidad: El "mobbing" o acoso moral en el trabajo. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2 (2), 113-120
- Casullo, M. M. (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires: Paidós.
- Daray, H. (1995). *Daño psicológico*. Buenos Aires: Astrea.
- Del Río, M. T. (1999). *Valoración médico-legal del daño a la persona*. Madrid: Colex.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Agression and violent behaviour*, 5 (4), 379-401
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Gandolfo, R. (1995). MMPI-2 profiles of workers compensation claimants who present with claimant of harassment. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (5), 711-715.
- González de Rivera et al. (2003). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- González de Rivera, J. L. y Rodríguez-Abuin, M. (2003). *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60*. Encontrado el 24 de Febrero de 2003 en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/10729/
- Graham, J. R. (2000). *MMPI-2. Assessing Personality and Psychopathology*. 3ª Ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Groeblinghoff, D. y Becker, M. (1996). A case study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 277-293
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1999). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hernández Cueto, C. (2002). *Valoración Médica del Daño Corporal*. 2ª Edición. Barcelona: Masson
- Hollander, E., Simeon, D., y Gorman, J. M. (1996). Trastornos de ansiedad. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 165-184
- Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorder. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 251-275

Informe pericial: un caso de acoso laboral

- Matthiesen, S. B. y Einarsen, S. (2001). MMPI-2 configurations among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 467-484
- Mikkelsen, E. G. y Einarsen, S. (2001). Bullying in danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 393-413
- Nicholls, D. S. (2002). *Claves para la evaluación con el MMPI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Niedl, K. (1996). Economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 239-249
- Pérez Bilbao, J., Nogareda, C., Martín Daza, F. y Sancho, T. (2001). *Mobbing, violencia física y acoso sexual*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.
- Piñuel, I. (2003). *Mobbing. Manual de autoayuda*. Madrid: Aguilar.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Strain, J. J., Newcorn, J., Wolf, D. y Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying: Psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 203-214
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario de Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Zapf, D., Knorz, C. y Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 215-237
- Zapf, D. y Einarsen, S. (2001). Bullying in the workplace: Recent trends in research and practice. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10 (4), 369-373.