

# **MOBBING UN DIAGNOSTICO NECESARIO**

Autores: ROSALES VITORES, EVA M<sup>a</sup> - CA de ASPEYO Bilbao  
ESPEJO MARTINEZ, MARTA – CA de ASEPEYO Vitoria  
GARCIA TORRES, M<sup>a</sup> ASUNCIÓN (t) – CA de ASEPEYO Gijón

Correspondencia: Eva M<sup>a</sup> Rosales Vitores  
Alda de Urquijo 27-6<sup>o</sup> F  
48008-BILBAO  
Tfno 94422057

# **MOBBING: UN DIAGNOSTICO NECESARIO**

## **1.ABSTRACT**

### **Objetivo:**

Analizar los factores asociados a la aparición de sintomatología ansioso depresiva en pacientes que refieren problemas en las relaciones laborales como causa de dichos síntomas. Valorar objetivamente la implicación laboral en el síndrome ansioso depresivo.

### **Material y métodos:**

#### **Diseño**

Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva.

#### **Población de estudio**

Se ha realizado un estudio descriptivo del puesto de trabajo y de las características de los pacientes que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal por síndrome ansioso depresiva, en los que la aparición de los síntomas se relaciona con la existencia de problemática laboral. El lugar de referencia para el registro de los casos ha sido una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que agrupa a trabajadores distribuidos en empresas con diferentes actividades económicas. El estudio se ha realizado a partir de los datos recogidos en el seguimiento de los trabajadores en situación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en el servicio médico de dicha Mutua, en tres provincias diferentes, desde el 1 de Noviembre de 2004 al 1 de Febrero de 2005.

A todos los pacientes se les realizó un cuestionario confidencial, que incluía el inventario de acoso laboral de Leymann, en la versión modificada por González de Rivera, el LIPT escala.

Las variables seleccionadas y analizadas en el estudio han sido: edad, sexo, antecedentes personales de patología psiquiátrica, antecedentes personales de consumo de tóxicos, contenido del trabajo, horario de trabajo, tamaño de la empresa, componente laboral.

### **Resultados**

El 60% de los pacientes que presentaban sintomatología ansioso depresiva referían 10 o menos estrategias de acoso psicológico.

Los sujetos de la muestra experimentaron 13 estrategias de acoso psicológico por término medio

Los pacientes que refirieron más de 30 estrategias de acoso psicológico eran mujeres

### **Conclusiones:**

En nuestra muestra la mayor parte de los casos que refieren síndrome ansioso depresivo en relación con problemática laboral

, presentan un número de estrategias de acoso psicológico inferior a 10, lo que hemos calificado como componente laboral dudoso. Es en mujeres, en el grupo de edad entre los 35 años y 50 años, trabajadores de grandes empresas, personas que realizan trabajos rutinarios y en horarios de turno fijo donde aparecen los tests en los que mayor número de estrategias de acoso laboral se refieren.

## ÍNDICE

<b>Portada</b> -----	<b>pag. 1</b>
<b>Resumen</b> -----	<b>pag. 2</b>
<b>Índice</b> -----	<b>pag. 3</b>
<b>Introducción</b> -----	<b>pag. 4</b>
<b>Definición</b> -----	<b>pag. 5</b>
<b>Factores que intervienen</b> -----	<b>pag. 6</b>
<b>Conclusión</b> -----	<b>pag. 10</b>
<b>Fases del Mobbing</b> -----	<b>pag. 11</b>
<b>Síntomas Clínicos</b> -----	<b>pag. 12</b>
<b>Diagnostico</b> -----	<b>pag. 14</b>
<b>Tratamiento</b> -----	<b>pag. 16</b>
<b>Valoración del Daño</b> -----	<b>pag. 18</b>
<b>Prevención</b> -----	<b>pag. 20</b>
<b>Material y método</b> -----	<b>pag. 21</b>
<b>Resultados</b> -----	<b>pag. 25</b>
<b>Conclusiones y Discusión</b> -----	<b>pag. 32</b>
<b>Bibliografía</b> -----	<b>pag. 33</b>

## 2. INTRODUCCION

El Mobbing, o acoso moral en el trabajo, ha irrumpido fuertemente en el escenario de lo socio-laboral acompañado de toda la constelación de factores que caracteriza dicho escenario y que amplifica aún más un fenómeno ya muy grave en su mismo concepto. Pero esa irrupción no es, en realidad, más que el inicio de la toma social de conciencia de un problema grave, extendido y con ramificaciones de alcance y complejidad desconocidas hasta ahora. Desconocidos pero nada nuevos, ya que posiblemente su etiología reside en el origen mismo de la división del trabajo, y su evolucionar vaya ligado a éste.

Visibilizar el mobbing como problema, construirlo como concepto que pueda dar cuenta de infinidad de situaciones de siniestralidad laboral, depresión, absentismo, disminución de la productividad, problemas de salud, problemas en la vida familiar, y un largo etc, es una obligación.

Hace ya tiempo que está fuera de toda duda la importancia del stress en el inicio y en el empeoramiento de toda clase de enfermedades. Nuestro organismo está constitucionalmente preparado para funcionar en un determinado rango de adaptación, en el que sus constantes vitales se mantienen en un equilibrio óptimo. Todas las situaciones, acontecimientos o estímulos que lo saquen de esta zona, por encima o por debajo, sobrecargan los mecanismos homeostáticos, que deben hacer un esfuerzo extra para restaurar el equilibrio interno. Al cabo de cierto tiempo, las capacidades de recuperación y defensa del organismo van disminuyendo, con lo que aumenta la vulnerabilidad a los factores patógenos externos y, en consecuencia, el riesgo general a enfermar. El estrés tiene lugar cuando la estimulación externa incrementa la activación del organismo más rápidamente que su capacidad homeostática para atenuarla.

## DEFINICIÓN

El concepto de mobbing, posee un sustrato ético esencial que se refiere a la falta de respeto y de consideración del derecho a la dignidad del trabajador como un elemento relevante o sustancial de la relación laboral.

El Psicólogo Heinz Leyman fue el primer experto europeo en proporcionar una definición técnica del mobbing como **“el encadenamiento sobre un periodo de tiempo bastante corto de intentos o acciones hostiles consumadas, expresadas o manifestadas, por una o varias personas, hacia una tercera: el objetivo”**.

El mobbing es, según Leyman, **“un proceso de destrucción que se compone de una serie de actuaciones hostiles, que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos”**.

Más tarde, en 1.999, la Psiquiatra M.F. Irigoyen, señaló que **todo comportamiento abusivo (gesto, palabras, comportamiento, actitudes.....) que atenta por su repetición y sistematicidad a la dignidad o a la integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro un empleo o degradando el clima de trabajo, supone un comportamiento de acoso psicológico (moral)**.

En el año 2.001, Piñuel define el mobbing como **“el continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de lograr su aniquilación o destrucción psicológica y obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos ilegales, ilícitos, o ajenos a un trato respetuoso o humanitario y que atentan contra la dignidad del trabajador”**.

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ACOSO PSICOLÓGICO**

Todas las formas de abuso, maltrato, agresión y violencia se caracterizan por una relación asimétrica de fuerzas, en las que una parte daña y otra es dañada.

En el acoso psicológico destaca, además un elemento humillante de dominio, que deteriora progresivamente la condición humana del acosado. Es una actitud persistente de control, frío y deliberadamente destructivo.

Es necesario, no obstante, un tercer ingrediente que procede del grupo sociocultural del que ambos forman parte.

Para que una situación crónica de maltrato psicológico pueda mantenerse, es necesario que el entorno participe como cómplice, mero coadyuvante o, al menos, como consentidor.

El acoso psicológico, es un síndrome psicosocial complejo generado por una interacción de dinámicas creadas por el acosador, por la víctima y por el grupo psicosocial al que ambos pertenecen. Los tres factores son necesarios, pero ninguno de ellos, por sí sólo, es suficiente. En su confluencia, las dinámicas del acoso se activan y reactivan de manera cíclica, cristalizando en un sistema estable en círculo vicioso cuya duración y consecuencias dependen de la fortaleza y buena suerte de la víctima.

Es decir, los factores del acoso psicológico dependen de tres perspectivas:

- Las características de la personalidad del acosador o de la víctima
- La incompetencia de los directivos para manejar adecuadamente el acoso moral
- Por la interacción entre el individuo y la organización, destacando los aspectos de la organización y del clima del lugar de trabajo que pueden favorecer el desarrollo de una cultura de acoso moral.

## **FACTORES PROCEDENTES DEL ACOSADOR**

Para que el acoso exista, es necesaria una persona que asuma el papel de perseguidor principal investida de la suficiente autoridad o carisma como para movilizar las dinámicas grupales persecutorias.

Los principales rasgos definitorios específicos de la personalidad del acosador son:

- **La Mediocridad**, que es la ausencia de interés, aprecio o aspiración hacia lo excelente. El hostigador tiene una necesidad continuada y creciente de encubrir su mediocridad e ineptitud. Utilizando su comportamiento hostigador como algo afectivo para enfrentarse a sus profundos complejos, así como el miedo y la inseguridad que siente ante el entorno y ante sí mismo. Celoso de los demás, necesita aplastarlos para existir, ya que no se siente seguro de su poder o de sus competencias.

Leyman insiste en que el comportamiento del acosador obedece casi siempre a un intento del mismo de encubrir o camuflar sus propias deficiencias. El miedo y la inseguridad que experimentan hacia sus propias carreras profesionales, su propia reputación o su posición en la organización, les compele a denigrar a otras personas. Ese miedo o esa inseguridad suelen venir determinadas por la propia conciencia de mediocridad, que es puesta en evidencia, muy a menudo de manera inconsciente, por la conducta profesional, ética y respetuosa de la persona que después resulta seleccionada como objetivo.

La forma más sencilla y menos grave que, a veces, puede pasar fácilmente desapercibida es la de los **vacíos (mediocridad simple)**. Sus dos síntomas principales son la hiperadaptación y la falta de originalidad. Ambos rasgos favorecen la conformidad y, en muchas formas de sociedad, la conformidad asegura la felicidad.

La segunda forma, más grave que la anterior, en la que aparecen ya algunas complicaciones susceptibles de crear sufrimientos y dificultades innecesarias es la de los **fatuos (mediocridad pseudocreativa)**. A diferencia de los anteriores, suelen sentir la necesidad de figurar y aparentar.

La organización que los padece empieza pronto a dar muestras crecientes de parálisis funcional, generalmente acompañada de una hiperfunción burocrática que intenta disimular la falta de operatividad.

El tipo tres o **malvados (trastorno por mediocridad inoperante activa)** es la variante maligna, tanto por sus efectos directos como sus peligrosas tendencias invasivas.

Intentará descubrir la excelencia por todos los medios a su alcance, desarrollando sofisticados sistemas de persecución y entorpecimiento.

- **La Envidia**, arranca siempre de un defecto de identidad, de un descontento con la realidad personal y de una cobardía ante el futuro.



- **La Necesidad de Control.** El control por deshumanización explica porqué el acosador es tan despiadado: cuanto más indefensa y suplicante es su víctima, más se reafirma la eficacia práctica de su procedimiento; por otra parte, cuanto más sufra la víctima más necesario es intensificar su deshumanización para aplacar cualquier posible respuesta empática del acosador.

## FACTORES QUE DEPENDEN DE LA VÍCTIMA (ACOSADO)

En cuanto al perfil de las víctimas, existe una tendencia generalizada a creer que este problema les sucede habitualmente a los trabajadores mediocres, a los incumplidores, a los que fallan en el cumplimiento en sus obligaciones laborales. De manera sorprendente el mobbing afecta a los trabajadores brillantes, a los mejor valorados. A los más creativos, a los cumplidores, a las personas con un alto sentido del trabajo, con elevada capacidad empática y en definitiva a las personas altamente capacitadas por su inteligencia y aptitudes que destacan por su brillantez profesional con su elevada ética, honradez y rectitud y que son elegidas como víctimas por parte del hostigador, porque en su día se resistieron a ser manipulados.

No todas las personas que dicen estar acosadas lo están forzosamente, por lo que se debe tener especial cuidado para que el término no quede desvirtuado, al confundirlo con otras formas de sufrimiento en el trabajo, como el estrés o la presión en el trabajo, o bien con el conflicto o el desacuerdo.

**El acoso es un abuso y no se debe confundir con las decisiones legítimas relativas a la organización del trabajo. Asimismo, las críticas constructivas y las evaluaciones relativas al trabajo realizado, a condición de que se expliquen y no se utilicen con un objetivo de represalias, tampoco constituyen acoso.**

Las personas acosadas, sufren un enorme sentimiento de humillación y ataque a su dignidad, se avergüenzan de haber sido víctimas, y se sienten culpables de lo que les pasa. Aparecen estados depresivos importantes, pero la víctima no se deprime porque estuviera enferma o frágil, sino porque se le ha despojado de toda su autoestima.

El individuo señalado por el acoso combina un mérito evidente para su tarea con una notable incapacidad para ganarse el afecto (“hacer la pelota”) de sus superiores y evitar la envidia de sus compañeros.

La víctima propiciatoria combina varios rasgos que le identifican como sujeto en alto riesgo: el primero de ellos es la **Autenticidad** o

compromiso con sus propias dinámicas de desarrollo interno, sin grandes consideraciones por los conveniencias materiales y sociales, lo cual despierta desconfianza y oposición que la víctima no puede preveer ni evitar a causa de su segundo rasgo, la **Inocencia** o incapacidad para descubrir las intenciones ocultas de los demás.

Finalmente la **Dependencia afectiva**, entendida como la necesidad de ser querido y aceptado, condiciona a la víctima a mantenerse en relaciones interpersonales que, si fuera capaz de ello, debería evitar con determinación.

**Todo buen acosable tiene, en el fondo de su personalidad, un matiz depresivo y dependiente que le hace susceptible a las técnicas de seducción del acosador tipo.**

## FACTORES DEL ENTORNO

La persecución psicológica se desarrolla en medio de un sorprendente silencio e inhibición de los observadores que, aunque plenamente conscientes del abuso e injusticia de la situación, se abstienen de intervenir, sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia.

Los tres elementos organizativos que más favorecen las situaciones de acoso son el **Aislamiento** con respecto al resto del mundo, la **Cohesión Interna** del grupo acosador y la **Improductividad** o ausencia de presión hacia el rendimiento y la creatividad.

## CONCLUSIÓN

El acoso psicológico en su versión institucional es una situación prolongada de persecución destructiva en el interior de una organización, que se inicia y se mantiene por la conjunción de tres factores: la personalidad de la víctima, la del acosador y las características de la propia organización.

Los rasgos que definen al acosador son la necesidad de control, la envidia y la exigua capacidad de apreciar y estimular la excelencia; los del acosable, el interés prioritario por su propia autenticidad, una cierta incapacidad para percibir y gestionar la evidencia y la necesidad de ser querido y apreciado.

Para el acosador, todos los rasgos del acosable son detestables: la autenticidad la percibe como desprecio por la autoridad, desinterés por el colectivo y tendencia a ir a lo suyo; la inocencia, como una actitud orgullosa e insolente que no tiene en cuenta las pretensiones y el estatus de los demás; la dependencia afectiva, como una debilidad que hay que aprovechar como primer punto de ataque.

La víctima, inmersa en su propio trabajo y proyección personal, no tiene particular postura hacia el acosador, y se siente desconcertado y sorprendido cuando la actitud de éste le hace pasar de acosable a acosado. En sus intentos por comprender y aclarar la situación comete todos los errores necesarios para empeorar la situación y, de paso, desarrolla una reacción psicológica de estrés con síntomas ansiosos, psicosomáticos y depresivos.

El factor catalítico clave en el inicio del acoso es el resto de la organización. Sin la participación de éste “tercer factor”, el acoso no podría tener lugar, ni el acosador alcanzaría posiciones decisorias.

## FASES DEL MOBBING

El mobbing se engendra en un “caldo de cultivo especial” y se desarrolla hasta la “monstruosidad” en una secuencia de fases típicas y exclusivas:

1ª . **Fase de conflicto:** no son conflictos reales, sino con prepotencia o abuso de poder provocan un “aparente” conflicto. Punto de inflexión que señala a la víctima y justifica una escalada de enfrentamientos sólo contra la víctima-diana.

2ª . **Fase de estigmatización:** estos comportamientos perversos tienen por objeto ridiculizar y apartar socialmente a la víctima del grupo. En esta fase la víctima no puede creer lo que le está sucediendo, los demás compañeros del grupo son consentidores activos o pasivos. Esta fase puede durar entre uno a tres años.

3ª . **Fase de intervención desde la Empresa o jerarquías superiores:** el instigador pasa a dar “trascendencia” de los hechos a la Dirección de la Empresa, conminándoles a ejercer soluciones rápidas y alarmistas sobre los “peligros” que genera la víctima para la “estabilidad” del grupo de trabajo. En esta fase se suceden una serie de acciones ejemplarizantes para dar imagen de verosimilitud: denuncias, escritos, oficios. Y, al tiempo, se ejerce una persecución directa a la víctima para encontrar o colocar pruebas que parezcan incriminatorias.

4ª . **Fase de marginación o exclusión de la vida laboral:** la víctima estigmatizada y con síntomas psico-somáticos empieza a sufrir bajas laborales repetitivas y busca apoyo psicológico. En ésta fase es donde el instigador se siente victorioso: ha anulado a la víctima bien por su huida, bien por su situación de invalidez.

## LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS DEL ACOSO

La clínica del síndrome de acoso se va instaurando de manera progresiva, atravesando una serie de estadios de duración muy variable.

En general, cada uno de los estadios clínicos concuerda más o menos con las distintas fases del acoso, a las que corresponde como una respuesta reactiva. Sin embargo, en algunos casos la evolución puede ser muy rápida, apareciendo casi desde el primer momento los síntomas propios del estadio final. En otros, el sujeto permanece en el primer estadio clínico durante todas las fases del acoso. En la forma evolutiva completa se pueden distinguir los siguientes estadios:

1.- **Estadio de Autoafirmación**, que corresponde a la fase del inicio del conflicto. La víctima todavía no sabe lo que es, está convencido de que tiene razón, y presenta resistencia y confrontación a la otra parte.

La clínica no es todavía relevante; si bien puede aparecer cierta inquietud y ansiedad, actitud agresiva moderada y posible alteración del sueño.

2.- **Estado de desconcierto**. Empieza a dudar sobre su versión del conflicto y a no entender lo que está pasando. El retraso en organizar conceptualmente la propia defensa en este estadio es crucial para toda la evolución posterior. Este factor cognitivo es uno de los mayores obstáculos para la identificación, tratamiento y prevención de este síndrome.

Los síntomas del estadio anterior se intensifican, complicados con una paulatina pérdida de seguridad y confianza en sí mismo.

3.- **Estadio Depresivo**. Corresponde a la fase avanzada de estigmatización. Pierde la confianza en sí mismo, en su efectividad y eficacia; pierde autoestima; se recrimina a sí mismo y piensa que todo es culpa suya, intenta cambiar su modo habitual de comportarse. Su concentración disminuye y su motivación se apaga; las alteraciones del sueño se intensifican; se siente raro y distante con su familia, puede empezar a beber.

4.- **Estadio traumático o de estrés-ansiedad**. Se caracteriza por intrusiones obsesivas y sueños repetitivos relacionados con la situación de acoso, hiperactividad simpática, sintomatología psicósomática, sobre todo cardiovascular y digestiva, irritabilidad y conductas de evitación.

Tanto en ésta fase como en la anterior, el acosado puede volverse agresivo y tener reacciones paradójicas de "huida hacia delante", trabajando más horas con mayor dedicación.

Los conflictos familiares pueden ser importantes en éste estadio, con sentimiento de ser incomprendido, generalmente acertadas.

**5.- Estadio de Estabilización Crónica.** Se caracteriza por una sintomatología mixta que comprende síntomas depresivos, psicósomáticos y de estrés posttraumático.

Desde el punto de vista laboral, se acompaña de absentismo, bajas prolongadas y cambios bruscos de entorno laboral. La repercusión familiar puede ser importante, con aumento de la tensión entre los cónyuges y mayor morbilidad general tanto ellos como en sus hijos. La incapacidad laboral puede llegar a ser total.

En algunos casos, después de la fase de eliminación la sintomatología tiende a atenuarse significativamente, sobre todo si se produce un cambio para bien en la actividad laboral. En otros, se cronifica, incluso después de que termine la relación laboral, y el paciente queda incapacitado de manera más o menos definitiva.

Los síntomas más persistentes, incluso en personas que parecen haber superado definitivamente su síndrome de acoso, son:

- Los recuerdos obsesivos, que alteran al individuo hasta tal punto que pueden llegar a producir accesos de angustia, rabia y/o llanto, bien como reacción a alguna circunstancia del entorno que se los recuerda o sin que se dé cuenta de la causa subyacente.
- La presión focalizada de pensamiento, que se evidencia en la necesidad de contar sus experiencias traumáticas
- El temor al lugar de trabajo y a todo lo que le puede recordar los acontecimientos estresantes y los conflictos que en él tuvieron lugar
- Dificultades de concentración, con pérdida subjetiva de memoria, distractibilidad, sensación de estar “como ido”.

## DIAGNÓSTICO

En la figura del acoso moral se debe subrayar la convivencia de elementos objetivos y subjetivos. Entre los elementos objetivos hay que recordar la permanencia en el tiempo y la reiteración; entre los elementos subjetivos destaca el carácter lesivo físico y psicológico que padece el sujeto asediado.

En los componentes del acoso laboral se dan en una confluencia de elementos objetivos y subjetivos que es preciso ordenar para determinar la relación entre ellos.

En éste sentido se considera insuficiente la prioridad del momento subjetivo pues ello significaría la preponderancia de la intencionalidad del acosador con el consiguiente riesgo de convertir la psicología individual en el eje vertebral del problema. Parece, sin embargo, más conveniente optar por una lectura objetiva en la que se valoren primordialmente los elementos externos como el tipo de conducta que se aplica, su duración e intensidad, los efectos que produce en el acosado, etc. De ésta forma se dispone de un esquema idóneo para el derecho a convertir la lesión de los bienes y derechos constitucionales en la base desde la que construir la figura jurídica.

En los casos de acoso moral en el trabajo, los médicos deberíamos estar ya alerta y realizar lo que denominaríamos diagnóstico de sospecha.

El **diagnóstico de sospecha** debe alertar ante situaciones tales como:

- existencia de somatizaciones o síntomas físicos sin explicación de causa orgánica, padecidos por trabajadores sanos hasta la fecha
- con anterioridad al acoso, las víctimas no han sido diagnosticadas de personalidades patológicas que les hayan provocado problemas laborales previos
- el trabajador acosado se sabe preparado en su esfera profesional y social. Si el acoso ha durado varios años, el acosado, enfermo, ha perdido la perspectiva y sólo recuerda las últimas fases, que podrían confundir la patología
  - el médico ante el binomio trabajador exitoso-somatizaciones, debe recabar información sobre el grado de deterioro del ambiente comunicacional en el trabajo.

Realizado el diagnóstico de sospecha y comprobados los parámetros clínicos tanto somáticos como psíquicos, así como los laborales y socio-familiares, sólo resta hacer un diagnóstico diferencial con otros cuadros que puedan errar el diagnóstico: el síndrome de fatiga crónica, el síndrome burn-out y el acoso sexista.

El Dr Leyman elaboró una lista de 45 actividades características de mobbing. La lista de éstas actividades en forma de preguntas se denomina **LIPT** y se utiliza como test en muchas investigaciones sobre mobbing. En ésta tabulación se constata que los medios son muchos y a menudo de una sutileza que resultan difícilmente perseguible.

En España, el Profesor Iñaki Piñuel y Zabala, ha elaborado el **Cuestionario Cisneros**, que tiene la ventaja de ser relativamente estanco a la influenciabilidad subjetiva del entrevistado. Consta de 168 variables y está construido de manera que las personas que lo contestan en el orden propuesto no saben hasta la pregunta 47 que los comportamientos sobre los que se les ha consultado tipifican un fenómeno descrito como acoso psicológico en el trabajo.

La aplicación de los criterios temporales debe ser bastante flexible, teniendo en cuenta todas las circunstancias y los factores personales de vulnerabilidad del acosado. Un solo incidente intenso, o una situación de acoso de muy breve duración, pueden tener un impacto definitivo, sobre todo si logra destruir la confianza del acosado en su competencia o interferir en su sentido de compromiso con su actividad.

La tendencia de algunas personas a la reverberación o repetición interna de ofensas y agobios multiplica el efecto temporal, al formar un círculo vicioso de pensamientos repetitivos que mantiene continuamente activa en la mente la situación traumática inicial.

Existen otros **cuestionarios como son el de C. Knorz y D. Zapf ; el LIPT reducido de R. Van Dick y U. Wagner**, también ampliamente utilizados.



## TRATAMIENTO

La mayoría de los acosados que acuden a la consulta del Psiquiatra están tomando psicofármacos y algunos han seguido tratamiento psicoterapéutico.

La mayoría de los Médicos de cabecera recetan generalmente una combinación de ansiolíticos y antidepresivos, buscando, por lo menos, un alivio sintomático.

El síndrome de acoso es una respuesta adaptativa de lo más normal a una situación anormal traumática y estresante. Son muy pocas las personas que pueden conservar su equilibrio psíquico en éstas circunstancias. Y aquellos que lo consiguen es gracias a una excepcional fortaleza y , sobre todo, a una comprensión rápida del problema, al que responden con un intenso contraataque o con la huida inmediata.

El tratamiento a largo plazo ha de facilitar cambios de la personalidad, incluyendo el desbloqueo de su inocencia patológica, y la superación de su dependencia afectiva. Así mismo, tiene que esperar a que se resuelva la situación de crisis, y para ello hay que tratar rápido y eficazmente el sufrimiento inmediato.

Aparte del alivio sintomático, los objetivos a corto plazo son:

- restaurar la funcionalidad psíquica
- mejorar la capacidad de adaptación
- entender la situación real para tomar medidas apropiadas y mantener una posición en la sociedad coherente con la valía personal.

Según el Dr Jose Luis Gonzalez de Rivera, la técnica terapéutica tiene cinco pasos:

- **Mantener la calma**, es decir, no malgastar energía, conservar la fuerza y no obcecarse en que el jefe es un dinosaurio, explorando todas las posibilidades.

Los medicamentos tranquilizantes son una solución de urgencia, pero a la larga disminuyen las capacidades naturales de producir calma.

- **Minimizar el daño**. No dejar que su recuerdo se convierta en autoestres, ni pelearse con los que te quieren ayudar.

- **Comprender la situación**. Diferenciar entre lo que ocurre, la reacción automática o instintiva ante lo que ocurre y lo que uno decide a propósito y a conciencia.

- **Definir la condición:** formar una hipótesis operativa sobre los elementos activos de la situación y tomar una decisión sobre cuales son las dinámicas más apropiadas para cambiar la situación a nuestro favor. Definir la condición es saber lo que está pasando y qué es lo que hay que hacer en esa situación, establecer objetivos prioritarios, elegir un curso de acción y optar por una estrategia.

- **Actuar, no reaccionar.** Reaccionar es seguir las pautas automáticas que se ponen en marcha siempre que hay conflicto. Actuar es obrar con estrategia y conocimiento de causa.

## **VALORACIÓN DEL DAÑO OBJETIVO E INCAPACITANTE**

Una vez valorado el paciente a tenor de los siguientes criterios:

1. Comprobación de hechos que presenten “signos de alerta de un mobbing” y pruebas aportadas.
2. Análisis biográfico del paciente
3. Despistaje de patologías orgánicas y psiquiátricas que por sí solas expliquen suficientemente su estado y que hayan surgido independientemente o con anterioridad al presunto acoso moral.
4. Valoración del alcance del daño: SECUELAS.

Se pueden dar los siguientes supuestos de entre el daño vs. grado de impedimento:

### **- Grado 1**

Reincorporación al trabajo, sin síntomas residuales o con síntomas mínimos compatibles con el mantenimiento de la eficacia en su trabajo. **SIN SECUELAS.**

### **- Grado 2**

Reincorporación al trabajo, con síntomas que requieren supervisión médica ambulatoria, compatibles con el trabajo, pero con pérdida de la eficacia por dificultad de mantener lazos sociales en el mismo entorno laboral donde sufrió el acoso. **INCAPACIDAD PARCIAL.**

### **- Grado 3**

Imposibilidad de reincorporación al trabajo que desempeñaba, porque por el mismo hecho de volver al lugar del acoso, se desencadenan episodios o crisis de agudización psicósomática en forma de recidivas, que ocasionan frecuentes bajas laborales. **INCAPACIDAD TOTAL.**

- **Grado 4**

Imposibilidad de volver a desempeñar ningún tipo de trabajo, porque por el mismo hecho de compartir tareas profesionales con otros compañeros (relación horizontal) y depender de superiores (relación vertical) pone en peligro su integridad psíquica y física, en forma de agravación del deterioro crónico. **INCAPACIDAD ABSOLUTA.**

## **PREVENCIÓN DEL ACOSO PSICOLOGICO**

La medida preventiva más importante contra el acoso pasa por una transformación cultural, para la que es necesario promocionar la educación psico-social y política, de tal manera que toda la población conozca los aspectos prácticos de funcionamiento psicológico humano y comprenda los principios básicos de la democracia.

### 3.MATERIAL Y MÉTODOS:

#### Objetivo

Valorar la existencia de factores asociados a la aparición de clínica de ansiedad y/o depresión en pacientes que relacionan de forma subjetiva la aparición de dichos síntomas con problemas en las relaciones laborales. Valorar el componente laboral subyacente de una forma objetiva.

#### Diseño

Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva.

#### Población del estudio

Pacientes que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal. El lugar de referencia para el registro de los casos ha sido una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que agrupa a trabajadores distribuidos en empresas con diferentes actividades económicas.

El estudio se ha realizado a partir de los datos recogidos en el seguimiento de los trabajadores en situación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en el servicio médico de dicha Mutua, en tres provincias diferentes, desde el 1 de Noviembre de 2004 al 1 de Febrero de 2005.

Seleccionamos aquellos pacientes diagnosticados de ansiedad y/o depresión, y que de forma subjetiva relacionan la aparición de los síntomas con problemática laboral.

#### **Mediciones**

A estos pacientes se les realizó un cuestionario confidencial, que incluía variables sociodemográficas y sociosanitarias, junto con el inventario de acoso laboral de Leymann, en la versión modificada por González de Rivera, el LIPT escala.

Leymann describió de una manera operativa, objetivamente demostrable, 45 actividades características de mobbing. La lista de estas actividades en forma de cuestionario se denomina LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization). Conceptualmente, Leymann clasifica las estrategias de acoso psicológico en cinco grandes apartados:

**Limitar su comunicación:** El acosador impone con su autoridad lo que puede decirse y lo que no. A la víctima se le niega el derecho a expresarse o a hacerse oír (preguntas 1-11)

**Limitar su contacto social:** No se dirige la palabra a la víctima, procurando además que nadie lo haga. Se le cortan las fuentes de información, se le aísla físicamente de sus compañeros (preguntas 12-16)

**Desprestigiar su persona ante sus compañeros:** Bromas y burlas sobre la víctima, su familia, orígenes, antecedentes y entorno (preguntas 17-31)

**Desacreditar su capacidad profesional y laboral:** Se asigna a la víctima tareas muy por debajo o muy por encima de su capacidad o no se le permite hacer nada; se le critican los más mínimos errores o defectos; se desprecia su trabajo y sus capacidades profesionales (preguntas 32-38).

**Comprometer su salud:** además de ataques directos, el mero sometimiento a un régimen de acoso psicológico ya tiene efectos negativos, psicológicos y psicosomáticos, pero lo que se evalúa en este cuestionario son las conductas del acosador, no su repercusión en el acosado.(preguntas 39-45)

Se han detectado estrategias de acoso, relativamente frecuentes en España, que no están en la lista de Leymann, por eso se han añadido 15 de estas conductas a continuación de las 45 tipificadas por Leymann (preguntas 46-60). Además se han modificado las posibilidades de respuesta al cuestionario inicialmente de tipo dicotómico, para permitir la valoración por el sujeto de la intensidad con que es afectado por cada una de las estrategias de acoso.

Tenemos así dos versiones españolas del LIPT, la dicotómica, en la que se añaden 15 ítems a los 45 originales de Leymann, conservando las mismas instrucciones de administración y la misma metodología de respuesta, y la escalar, igual en cuanto a la descripción de los ítems, pero en la que se amplían las posibilidades de respuesta para incluir en ella una valoración tipo Likert de la intensidad con que cada una de las conductas de acoso ha afectado al sujeto, desde cero (la conducta no ha tenido lugar) hasta cuatro (conducta de intensidad máxima).

Nosotros hemos utilizado en nuestro estudio esta última, ya que el mero conocimiento de que una determinada conducta de acoso ha tenido lugar no es suficientemente informativo; nos interesa, además, saber la intensidad, gravedad y frecuencia de esta conducta, y sobre todo, el grado en el que ha afectado al bienestar, equilibrio psicológico e integridad del sujeto que la sufre.

La administración del instrumento de medida del mobbing puede hacerse según dos métodos diferentes:

1. Autoadministrado o por autorespuesta, consiste en pedir al sujeto que responda directamente a las preguntas, bien de manera afirmativa o negativa (LIPT dicotómico), o bien aplicando un criterio graduado desde cero (no ocurre la conducta de mobbing), pasando por uno (conducta mínima o dudosa), dos (conducta segura y molesta), tres (mobbing importante), cuatro (máxima intensidad de la conducta de mobbing) LIPT escala.
2. Heteroadministrado, en el que un observador externo identifica y valora cada conducta de mobbing, valiéndose de criterios operativos que le permiten objetivar situaciones

En este estudio presentamos los resultados obtenidos tras pedir al sujeto que responda directamente a las preguntas aplicando un criterio graduado de cero a cuatro, de la adaptación del LIPT.

LIPT-60. Versión Modificada y adaptada al español, González de Rivera,2003.

A continuación hay una lista de distintas situaciones o conductas de acoso que usted puede haber sufrido en su trabajo. Diga en cada una de ellas el grado en que la ha experimentado.

0 = Nada en absoluto

1= Un poco

2= Moderadamente

3= Mucho

4= Extremadamente

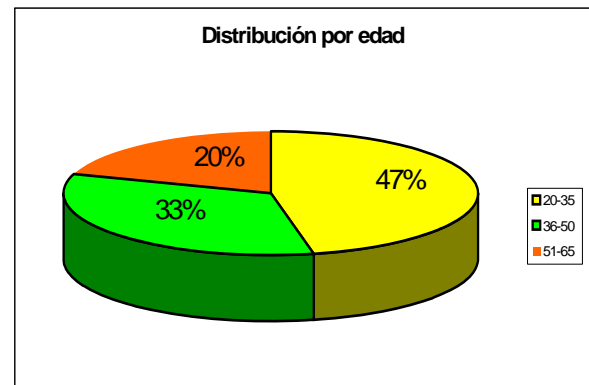
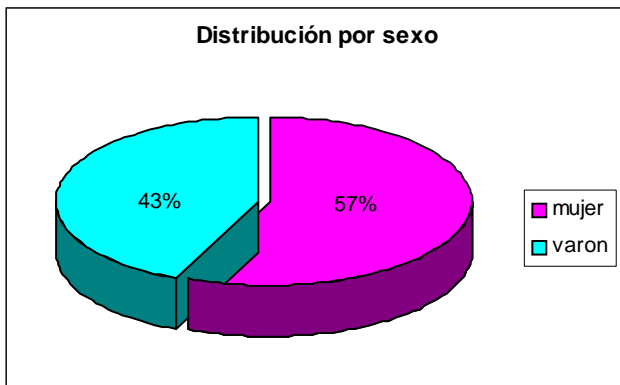
1. Sus superiores no le dejan expresarse o decir lo que tiene que decir
2. Le interrumpen cuando habla
3. Sus compañeros le ponen pegas para expresarse o no le dejan hablar
4. Le gritan o le regañan en voz alta
5. Critican su trabajo
6. Critican su vida privada
7. recibe llamadas telefónicas amenazantes, insultantes o acusadoras
8. Se le amenaza verbalmente
9. Recibe escritos y notas amenazadoras
- 10.No le miran o le miran con desprecio o gestos de rechazo
11. Ignoran su presencia, no responden a sus preguntas
12. La gente ha dejado o esta dejando de dirigirse o de hablar con usted
- 13.No consigue hablar con nadie, todos le evitan
14. Le asignan un lugar de trabajo que le mantiene aislado del resto de sus compañeros
15. prohíben a sus compañeros que hablen con usted
16. En general, se le ignora y se le trata como si fuera invisible.
17. Le calumnian y murmuran a sus espaldas.
18. Hacen circular rumores falsos o infundados sobre usted.
19. Le ponen en ridículo, se burlan de usted.
20. Le tratan como si fuera un enfermo mental o los dan a entender.
21. Intentan obligarle a que haga un examen psiquiátrico o a una evaluación psicológica.
22. Se burlan de alguna deformidad o defecto físico que pueda tener
23. Imitan su forma de andar, su voz, sus gestos para ponerle en ridículo.
24. Atacan o se burlan de sus convicciones políticas o sus creencias religiosas
25. Ridiculizan o se burlan de su vida privada.
26. se burlan de su nacionalidad, procedencia o lugar de origen.
27. Le asignan un trabajo humillante.
28. Se evalúa su trabajo de manera parcial, injusta y malintencionada.
29. Sus decisiones son siempre cuestionadas o contrariadas.
30. Le dirigen insultos o comentarios obscenos o degradantes
31. Le hacen avances, insinuaciones o gestos sexuales.
32. No le asignan nuevas tareas, no tiene nada que hacer.
33. Le cortan sus iniciativas, no le permiten desarrollar sus ideas.
34. Le obligan hacer tareas absurdas o inútiles.



35. Le asignan tareas muy por debajo de su competencia.
36. Le sobrecargan sin cesar con tareas nuevas y diferentes.
37. Le obligan a realizar tareas humillantes.
38. Le asignan tareas muy difíciles o muy por encima de su preparación, en las que es muy probable que fracase.
39. Le obligan a realizar trabajos nocivos o peligrosos.
40. Le amenazan con violencia física.
41. Recibe ataques físicos leves como advertencia.
42. Le atacan físicamente sin ninguna consideración.
43. Le ocasionan a propósito gastos para perjudicarlo
44. Le ocasionan daños en su domicilio o en su puesto de trabajo.
45. recibe agresiones sexuales físicas directas.
46. Ocasionan daños en sus pertenencias o en su vehículo.
47. Manipulan sus herramientas de trabajo (por ejemplo, borran archivos de su ordenador)
48. Le sustraen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo
49. Se someten informes confidenciales y negativos sobre usted, sin notificarle si darle la oportunidad de defenderse.
50. Las personas que le apoyan reciben amenazas, o presiones para que se aparten de usted.
51. Devuelven, abren o interceptan su correspondencia.
52. No le pasan las llamadas o dicen que no está.
53. Pierden u olvidan sus encargos o encargos para usted.
54. Callan o minimizan sus esfuerzos, logros y aciertos.
55. Ocultan sus habilidades y competencias especiales.
56. Exageran sus fallos y errores.
57. Informan mal sobre su permanencia y dedicación.
58. Controlan de manera muy estricta su horario.
59. cuando solicita un permiso, curso o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades.
60. Se le provoca para obligarlo a reaccionar emocionalmente.

## 4.Resultados

El test fue realizado a 30 pacientes, que cumplían los criterios de inclusión que habíamos establecido, 13 hombres y 17 mujeres. Con una edad media de 38 años. Con un rango de edades que va desde un mínimo de 22 años a un máximo de 64.



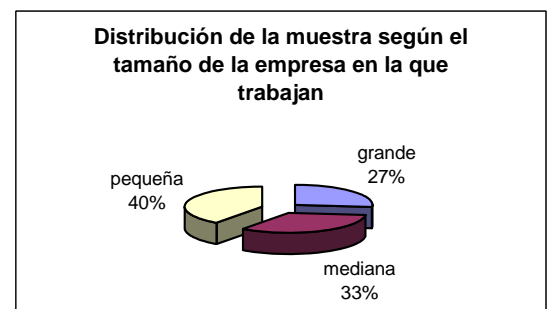
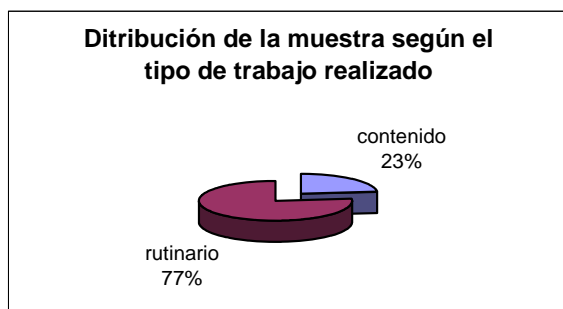
Analizado algunas características sociales, laborales y sanitarias obtenemos los siguientes datos:

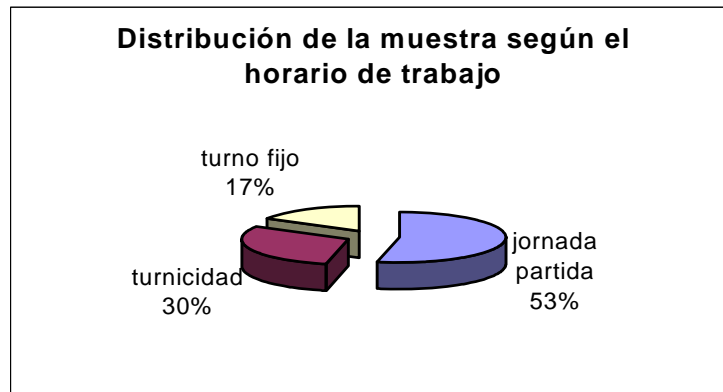
De los sujetos de esta muestra, la mayor parte el 77% realizan un trabajo rutinario, mientras que el 23 % realizan un trabajo con contenido.

El 40% trabajan en empresas pequeñas, el 33 % en empresas medias, y un 27 % en grandes empresas.

Un 53% tienen un horario de trabajo en jornada partida, el 30% trabaja a turnos y un 17% tienen un turno fijo

El 93% no refería antecedentes personales de patología psiquiátrica, y únicamente un 7% refería antecedentes de consumo de tóxicos.





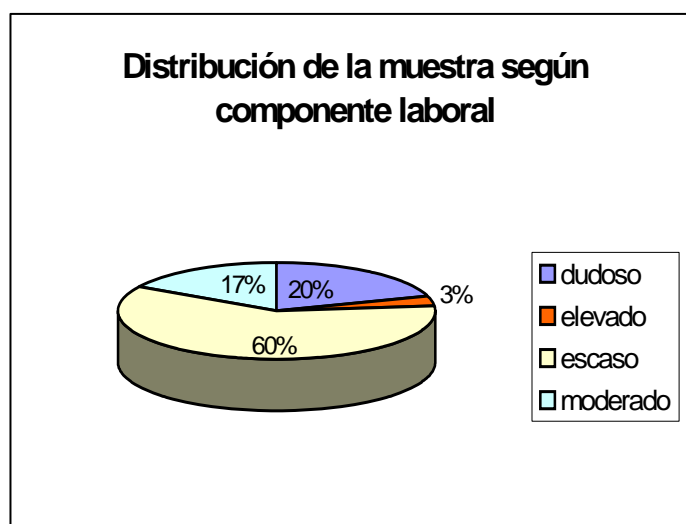
Se han valorado el número total de estrategias de acoso psicológico, contaje simple de todas las respuestas superiores a dos. Se decide contar únicamente las estrategias que presentan un grado de intensidad superior a dos aconsejados por especialistas en psiquiatría y psicólogos que manejan este test habitualmente con el fin de evitar falsos positivos ya que se trata de una percepción totalmente subjetiva.

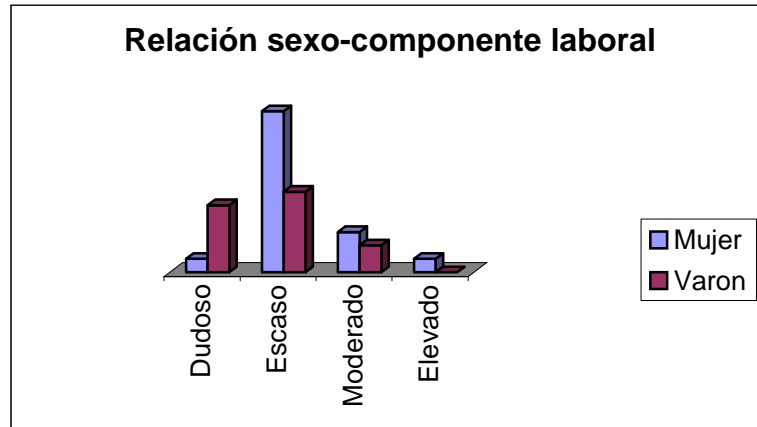
Los sujetos de la muestra experimentaron 13 estrategias de acoso psicológico por término medio. El rango de conductas sufrida va desde un mínimo de 0 hasta un máximo de 37

Según el número de estrategias de acoso psicológico experimentadas por los pacientes, hemos dividido la muestra en cuatro grupos:

- Dudoso componente laboral: 0 a 10 estrategias de acoso psicológico
- Escaso componente laboral: 11 a 20 estrategias de acoso psicológico
- Moderado componente laboral: 21 a 30 estrategias de acoso psicológico
- Elevado componente laboral: más de 30 estrategias de acoso psicológico

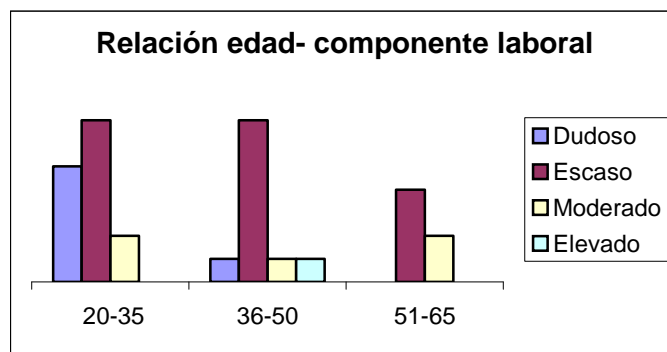
Un 60% de los pacientes que referían sintomatología ansioso depresiva referían 10 o menos estrategias de acoso psicológico.





De los pacientes de la muestra que presentan un componente laboral dudoso el 83 son varones y el 17 % son mujeres  
 Con componente laboral escaso el 67% son varones y un 33% son mujeres  
 Con componente laboral moderado el 60% son mujeres y el 40% son varones  
 Con elevado componente laboral el 100 % son mujeres

En la muestra estudiada las mujeres presentan en el test mayor número de estrategias de acoso psicológico que hombres

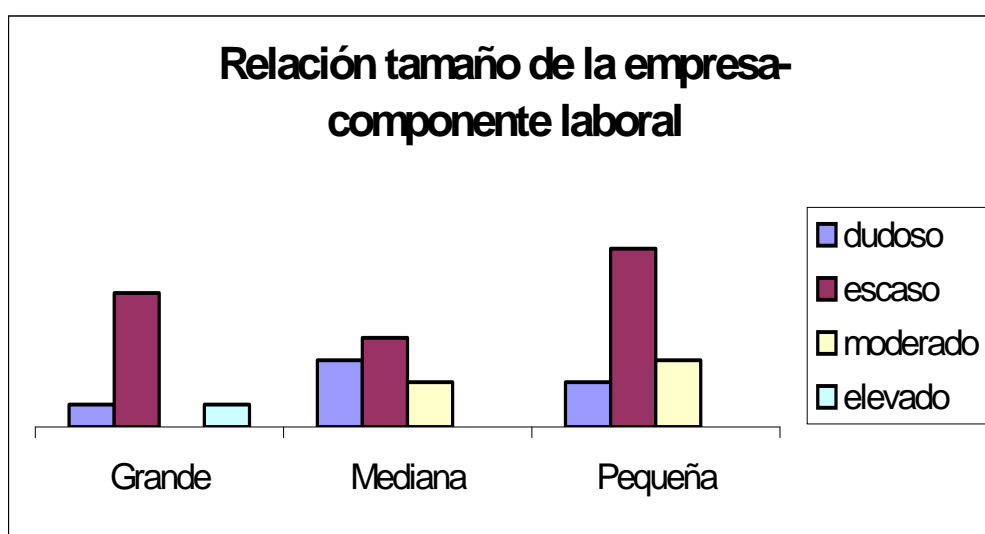


Del grupo de trabajadores seleccionados en la muestra son los del grupo de edad entre 36 y 50 años donde aparecen los tests en los que más estrategias de acoso psicológico se perciben

En el grupo entre 20 y 35 años el 86% presenta componente laboral dudoso o escaso en el test, un 14% moderado

En el grupo de edades entre 36 y 50 años, el 80% presentan componente laboral dudoso o escaso, y un 20% moderado y elevado, el 10 % respectivamente

En el grupo de edad entre 51 y 65 años el 67% componente laboral escaso, y el 33 % componente laboral moderado



El 27% de los casos seleccionados pertenece a grandes empresas, un 33% a empresas medias y un 40% a pequeñas empresas

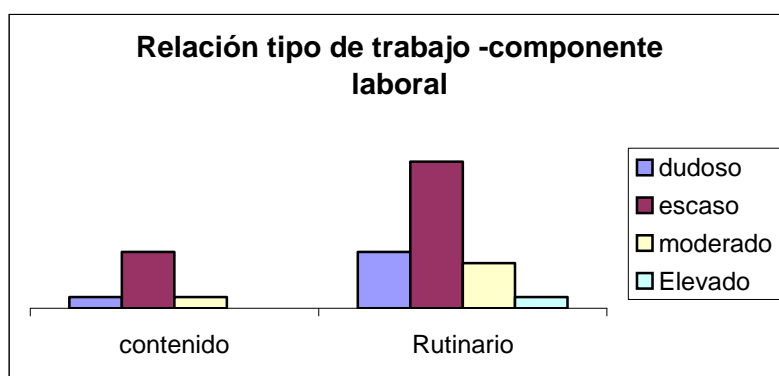
En las grandes empresas el componente laboral es escaso en el 74% de los test realizados, dudoso en el 13 % y elevado en el 13 %

Los casos en el que mayor número de estrategias de acoso psicológico se han detectado en el test pertenecen a grandes empresas.

En empresas de tamaño medio el componente laboral era dudoso en el 33% de los tests realizados, escaso en el 45% y moderado en el 22%

En pequeñas empresas el componente laboral es dudoso en el 15 %de los tests, escaso en el 62% y moderado en el 23 %

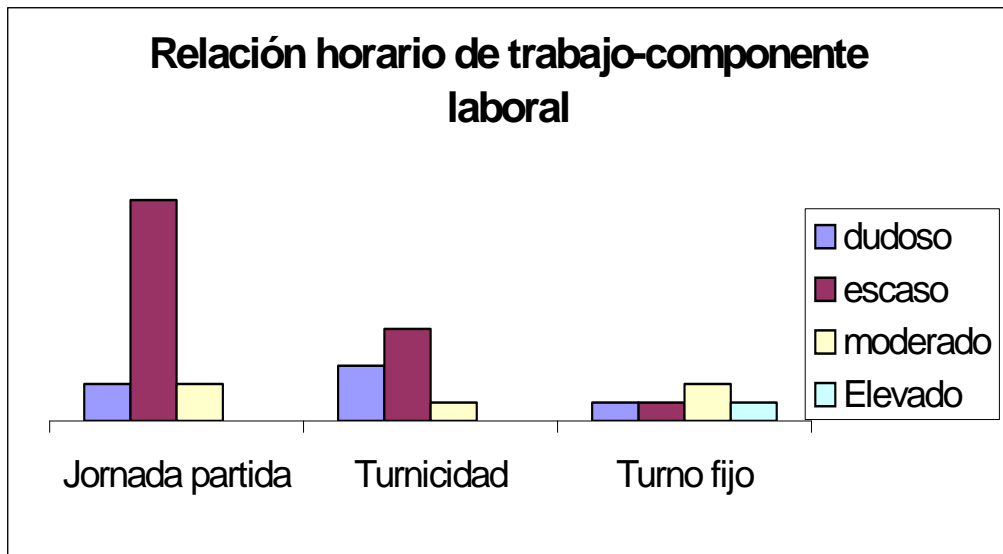
El 77% de los pacientes encuestados realizan un trabajo rutinario y el 23 % un trabajo con contenido.



De los trabajadores que tienen un trabajo rutinario, el 57% componente laboral escaso, 22% presentan componente laboral dudoso, el 17 % un componente laboral moderado y un 4% un componente laboral elevado.

Del 23% de los encuestados realizan un trabajo con contenido, de estos un 14% presentan un componente laboral dudoso, el 72 % escaso componente laboral y un 14 % moderado componente laboral

De los encuestados el 17 % trabaja en un turno fijo mañana o tarde, un 53% trabajaba jornada partida y el 30 % hace turnos



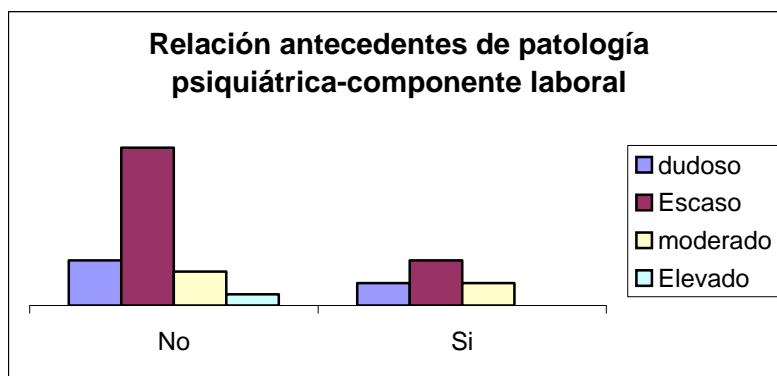
De los encuestados que realiza presentann su trabajo en un turno fijo, el 20%, componente laboral dudoso, un 20% presentan escaso componente laboral, 40% moderado componente laboral ,un 20%presentan elevado componente laboral.

De los encuestados que desarrollan su jornada laboral en dos partes mañana y tarde el 13 % de las encuestas realizadas refleja un dudoso componente laboral , el 74% un escaso componente laboral y el 13% un moderado componente laboral

De los encuestados que trabajan a turnos en el 33% el test refleja un dudoso componente laboral , en el 56 % un escaso componente laboral y en el 11 % un dudoso componente laboral.

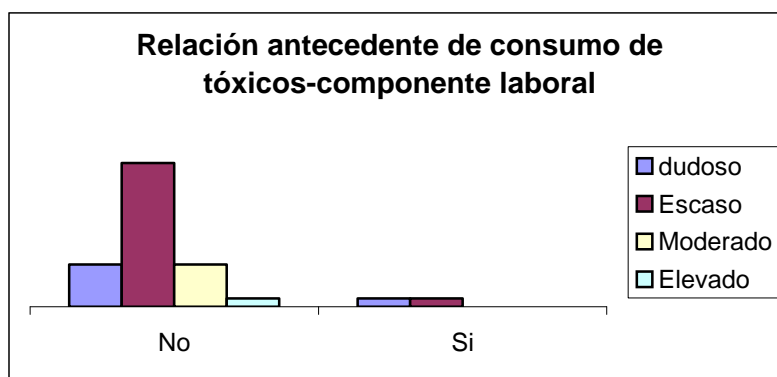
Apreciamos que los test que reflejan un elevado componente laboral aparecen en los encuestados que trabajan en un turno fijo.

En relación con los antecedentes personales de patología psiquiátrica, un 7% refería patología psiquiátrica previa



De los pacientes que refieren patología psiquiátrica previa el 75% presenta dudoso o escaso componente laboral, un 25 % presenta moderado componente laboral. Entre los que no referían antecedentes de este tipo de patología, el 81 % presenta dudoso o escaso componente laboral, el 14% presenta moderado componente laboral y todos los caso en los que el test refleja un elevado componente laboral se encuentran en el grupo de los que no presentan antecedentes personales de enfermedades psiquiátricas.

De los pacientes seleccionados para esta muestra el 7% refería consumo de tóxicos, en relación con esta variable los resultados han sido los siguientes:



Entre los consumidores de tóxicos, únicamente aparecen test de dudoso o escaso componente laboral el 50% respectivamente. Y los casos de elevado componente laboral el 4% y moderado componente laboral el 18 % aparecen entre los no consumidores.



## **Conclusiones:**

En nuestra muestra la mayor parte de los casos que refieren síndrome ansioso depresivo en relación con problemática laboral, presentan un número de estrategias de acoso psicológico inferior a 10, lo que hemos calificado como componente laboral dudoso.

Es en mujeres, en el grupo de edad entre los 35 años y 50 años, trabajadores de grandes empresas, personas que realizan trabajos rutinarios y en horarios de turno fijo donde aparecen los test en los que mayor número de estrategias de acoso laboral se refieren.

## **Discusión**

La identificación de un síndrome es el primer paso para poder curarlo. Hace ya tiempo que está fuera de toda duda la importancia del estrés en el inicio y empeoramiento de toda clase enfermedades. Nuestro organismo está constitucionalmente preparado para funcionar en un determinado rango de adaptación, en el que sus constantes vitales se mantienen en un equilibrio óptimo.

Conocer las situaciones, acontecimientos o estímulos que tienen relación con la aparición de una determinada clínica es el primer paso para poder identificar, tratar y prevenir la aparición de patología.

Por ello en nuestro trabajo hemos tratado de identificar variables que puedan estar relacionadas con la aparición de síntomas de ansiedad y/o depresión. Con el fin de conocer el perfil social, sanitario y laboral de las personas que sufren este tipo de situación.

El médico de atención primaria valora el trastorno psiquiátrico asociado, el componente laboral es valorado por el paciente de una manera subjetiva. Ante el resultado que hemos obtenido al valorar los tests realizados en estas personas que atribuían sus síntomas a problemas en las relaciones laborales pensamos que interesa un método consensuado para poder valorar el mobbing y evitar así el síndrome de falso mobbing, cuadro cada vez más frecuente y que por sus terribles implicaciones para la persona falsamente acusada debe ser siempre tenido en cuenta. La resolución del parlamento europeo sobre acoso moral en el lugar de trabajo advierte de que una de las más terribles formas de acoso moral son las falsas acusaciones de mobbing.

## BIBLIOGRAFÍA

- \* GONZALEZ DE RIVERA, J.L. *El maltrato Psicológico*. Espasa Calpe, S.A.,2003
- \* HERNANDEZ ZUBIZARRETA, J. *Mobbing: un antiguo desconocido*. Revista de relaciones laborales nº 7,2.002-II. Universidad del País Vasco.
- \* PIÑUEL,I.-OÑATE,A. *La incidencia del Mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España*. Revista de relaciones laborales nº7,2.002-II. Universidad del País Vasco.
- \* GONZALEZ CUEVAS,A. *Una aportación desde U.G.T. respecto al acoso moral en el trabajo*. Revista de relaciones laborales nº7,2.002-II. Universidad del País Vasco.
- \* PADIAL, O.-DE LA IGLESIA, M. *El Mobbing como enfermedad del trabajo*. Revista de relaciones laborales nº7,2.002-II. Universidad del País Vasco.
- \* LEYMAN, H. *Mobbing. La persécution au travail*. Paris: Editions du Seuiel, 1996.
- \* PIÑUEL , I. *Moobing.Como Sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander : Sal Terrae, 2001.
- \* VALLEJO RUILOBA, J. *Introducción a la Psicología y la psiquiatría*. 5ª edición. Barcelona: Masson, 2002.
- \* IRIGOYEN, Marie-France. *El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso*.Ed. Paidos, 2001.
- \* IRIGOYEN, Marie-France. *Acoso Moral*. Ed Paidos, 2001.
- \* PEDREIRA MASSA, J.L. *Nuevos cuadros psicopatológicos para nuevos tiempos con contenidos antiguos*. Unidad de Psiquiatria y Psicología Infantil.Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.<http://www.sot-mao.org/docCIdecloración.html>.
- \* *Clasificación Internacional de Enfermedades*. C.I.E. 10 MC.
- \* *Las 45 preguntas de Heinz Leyman. Leyman inventory of Psychological Terrorización*. LIPT. <http://www.Mobbing.nu/45Preguntas.htm>.