

Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral

Mobbing: clinical aspects and prevention

¹ Tesorería General de la Seguridad Social
Madrid
² Groupama Seguros

López García Silva J. A. ¹
Camps del Saz P. ²

RESUMEN

Se analizan cuatro casos de personas sometidas a acciones incluidas en el concepto de psicoterror laboral y se exponen las enseñanzas obtenidas de dichos casos, así como algunas medidas preventivas al efecto.

Palabras clave: *Psicoterror laboral, mobbing, estrés postraumático, depresión, suicidio.*

López García Silva J A, Camps del Saz P
Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral
Mapfre Medicina, 1999; 10: 253-260

Correspondencia:

Juan A. López García Silva
Servicio Médico de la GISS
C/ Dr. Tolosa Latour, s/n
28041 Madrid

ABSTRACT

Four cases of mobbed persons are analysed, reporting what we learned from our practical experience and giving some preventive measures.

Key words: *Psychoterror, mobbing, posttraumatic stress (PTSD), depression, suicide.*

López García Silva J A, Camps del Saz P
Mobbing: clinical aspects and prevention
Mapfre Medicina, 1999; 10: 253-260

Fecha de recepción: 26 de marzo de 1998

¹ *Especialista en Medicina del Trabajo.*
² *Médico. Especialista en Psicología y Ergonomía.
Analista programadora.*

INTRODUCCIÓN

Los motivos de las ausencias al trabajo son, a menudo, complejos y están influenciados por factores con y sin fundamento estrictamente médico (1, 2). Durante el trascurso de un estudio sobre absentismo y motivación (3, 4), se identificaron cuatro situaciones en las que dos hombres y dos mujeres estaban sometidos a un grado considerable de violencia psicológica y que mostraban síntomas, en principio, de naturaleza psicósomática, además de consecuencias poco recomendables para la organización en el sentido de múltiples ausencias (tanto justificadas como sin justificar), disminución en su rendimiento, ausencia de interés por su trabajo y por el resultado del mismo y una contribución considerable (opinión subjetiva basada en lo percibido) para lograr un clima laboral más pobre en el lugar en el que estaban trabajando.

Estos individuos cumplían con la definición de *mobbing* (5), situación en la que un sujeto se ve sometido, por uno o varios individuos de su lugar de trabajo, a una serie de experiencias incorrectas, poco o nada deseables, durante al menos una vez a la semana y más de seis meses (criterios estadísticos). Se trata de un término que se ha traducido como «psicoterror laboral», «hostigamiento psicológico en el trabajo» o, simplemente, *mobbing*, aceptando el anglicismo y satisfaciendo así a quienes pudieran atribuir connotaciones algo exageradas al término psicoterror, que tan

A la introducción a su estudio práctico en una organización de trabajo (6) siguió la conceptualización de tales situaciones de hostigamiento psicológico en el trabajo (7) (excluyendo radicalmente del concepto a la violencia física, más correspondiente al término angloamericano *bullying*, jurídicamente mucho más fácil de probar y perseguir), fundamentado todo ello en los trabajos de Heinz Leymann. Sirva como introducción al tema la bibliografía aportada en los artículos citados, además de la información aportada por el profesor Leymann en Internet (8), basada en una parte de su obra.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo básico del trabajo es poner en conocimiento del lector la experiencia habida con motivo de los casos de *mobbing* hallados a fin de que sea posible mejorar su práctica clínica al actuar con más información al respecto.

Desde la poca información que sobre el fenómeno del psicoterror laboral se poseía, se hallaron, en el ámbito asistencial, cuatro casos que se resumen en la Tabla I. Los diagnósticos expuestos se realizaron con el DSM III-R en la mano, excluyendo cuantas causas allí se exponían en la medida de las posibilidades y conocimientos disponibles, lo que fue confirmado posteriormente por los especialistas en psiquiatría.

TABLA I. Variables empleadas en las situaciones de *mobbing* halladas en nuestra práctica clínica

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	M	M	F	F
Edad	33	37	42	39
Antigüedad en el puesto	4 años	8 años	22 años	18 años
Frecuencia	1/semana	Muchas/semana	Diaria	Diaria
Tiempo de <i>mobbing</i>	2,5 años	6 meses-1 año	6 meses	> 3 años
Mecanismo principal	Shunting/ se ignora	Shunting/ > carga trabajo	Carga trabajo innecesaria	Reputación, insultos
Personas implicadas	Superior	Superior	superior	Compañeros
Diagnóstico	Depresión	Estrés postraumático	Depresión	Depresión
Intervención de recursos humanos	No	No	Sí	No
Cambio de puesto	Sí	En espera	Sí	Sí
Número de días de ausencia por enfermedad (1993/6 meses 1994)	27/9	23/10	14/11	74/72
Número de ausencias por enfermedad (1993/6 meses 1994)	6/3	13/10	9/10	13/12

El presente artículo incluye, pues, los datos obtenidos en aquel momento y lugar (Cataluña, 1994), derivados de situaciones clínicas a las que la situación de psicoterror laboral dio origen, exponiendo tanto la experiencia obtenida como las reflexiones derivadas y aportando algunos conocimientos que se entienden necesarios para afrontar con alguna posibilidad de éxito la situación de hostigamiento psicológico desde la perspectiva del profesional, médico o psicólogo, de un servicio de prevención.

¿POR QUÉ OCURRE EL MOBBING?

Es fácil afirmar, desde el más profundo desconocimiento, que el problema surge cuando un trabajador de «carácter difícil» o «conflictivo» entra a formar parte de los recursos humanos de una organización de trabajo. Las investigaciones llevadas a cabo en los países nórdicos —que se han dejado un dinero en investigar este tema— apuntan a dos factores fundamentales presentes en todos los casos: la mala organización del trabajo y la pobreza en el manejo y resolución de conflictos (8), cualidades cuya distribución en el mundo laboral deberá estimar el lector.

A partir de un conflicto inicial que, a diferencia de la mayoría de ellos, no se resuelve, aparece una actuación basada en algún estatuto de poder, grupal o propio de la organización, que concluye en hacer la vida imposible de forma sistemática a la persona elegida, hasta que interviene el departamento de recursos humanos para poner a dicha persona en la calle (porque ya está irremediablemente enferma y sin mecanismos de defensa, o porque «es la mejor forma de solucionar el problema»), abriendo las puertas al futuro esperanzador de ese individuo en las filas del paro, en el grupo de pensionistas por invalidez, o en el de los suicidas [afirmación no gratuita, toda vez que se calculaban cifras entre el 10 y el 20% del total anual de suicidios (unos 350) en Suecia por este motivo en los años ochenta]. En España, ni que decir tiene, no hay datos.

LA RELACIÓN DEL MOBBING CON EL ESTRÉS Y CON LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Simplificando mucho, el estrés es la reacción a un estímulo al que se denomina estresor. Este estímulo excede de las posibilidades de adaptación del individuo y produce en el mismo una se-

rie de cambios, físicos y psicológicos, que pueden ser, de alguna manera, objetivados. Según este concepto, el *mobbing* sería un fenómeno social extremo, producido por estresores sociales potentísimos, que da lugar a una serie de reacciones biológicas y psicológicas propias del estrés que, a su vez, pueden afectar a otras personas. Se trata de un problema propio de las organizaciones sociales que se ha descrito inicialmente en animales que muestran comportamientos de tipo social y después en humanos (familia, colegio, vecindario y mundo laboral, que es lo que nos ocupa). Siguiendo a F. Martín Daza y a J. Pérez Bilbao, el *mobbing* podría considerarse como una forma característica de estrés laboral, que presenta la peculiaridad de que no ocurre exclusivamente por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los distintos individuos de cualquier empresa.

Dicho de otra forma, el fenómeno que se está considerando es la consecuencia de una interacción social negativa; en este caso, en el trabajo. Es entonces cuando tiene sentido el que se produzca este problema, sea por la peculiar forma del ser humano (a saber si es por transmisión cultural propia de los animales depredadores o por alguna expresión genética desconocida), por una mala organización del trabajo, o por el mero hecho de la socialización en cualquiera de sus aspectos.

En un estudio realizado en conexión con la AMFO sobre 2.428 sujetos, Leymann (9) encontró que un 14,41% habían estado sometidos a *mobbing*. El análisis factorial de los síntomas dio lugar a siete grupos que se exponen en la Tabla II. El primero de ellos se refiere a los efectos cognitivos de estresores potentes, con producción de reacciones psicológicas exageradas. El grupo 2 apunta a un cuadro con síntomas conocidos como psicósomáticos. El grupo 3 está relacionado con síntomas que surgen en conexión con la producción de las llamadas hormonas del estrés y con la actividad del sistema nervioso autónomo. El grupo 4 describe síntomas relacionados con la tensión muscular, que son propios de gente que pudiera haber estado estresada durante largo tiempo. Los síntomas correspondientes al grupo 5 son, de forma clara, trastornos del sueño, siendo los grupos 6 y 7 de difícil interpretación de manera aislada.

Los dos diagnósticos del DSM III-R que se adaptaban a distintas combinaciones de estos grupos eran síndrome de estrés posttraumático y trastorno por ansiedad generalizada. Un estudio clínico sobre 64 pacientes apunta a que los

TABLA II. Grupos surgidos del análisis factorial de los síntomas establecidos por empleados que comunicaron sufrir actividades propias de psicoterror laboral (9)

Grupo 1	Trastornos de la memoria Dificultades de concentración Deprimidos, estado de ánimo bajo Apatía. Falta de iniciativa Irritables Cansados Agresivos Sentimientos de inseguridad Sensible a las dificultades
Grupo 2	Pesadillas Diarreas Dolor abdominal o epigástrico Vómitos Sentimientos de enfermedad Pérdida de apetito Llanto espontáneo Soledad, falta de relaciones Nudo en la garganta
Grupo 3	Dolor torácico Sudoración Sequedad de boca Palpitaciones Acortamiento de la respiración Rubefacción
Grupo 4	Dolor de espalda Dolor cervical Dolor muscular
Grupo 5	Dificultad para conciliar el sueño Interrupciones del sueño Despertar fácil
Grupo 6	Debilidad en las piernas Debilidad/fojera generalizada
Grupo 7	Temblores Mareos/vahidos/desvanecimientos

diagnósticos secundarios que se encuentran de forma más común entre estos pacientes que han sido psicológicamente hostigados en el trabajo y cumplen los criterios de síndrome de estrés post-traumático son **trastornos por ansiedad, problemas psicosomáticos, depresión y trastornos obsesivos (9)**.

Es probable, de acuerdo con alguna de las hipótesis de Leymann, que el síndrome de estrés post-traumático tenga un desarrollo peor cuando los eventos traumáticos duran un periodo de tiempo prolongado y cuando, además, se siguen de violaciones de los distintos tipos de derechos civiles básicos de la persona. En esta línea, es importante conocer que, además del padecimiento

inicial (conflicto, psicoterror, despido, enfermedad mental...) pueden sufrir lo que se podría denominar **acontecimientos traumatizantes consiguientes**, los cuales son consecuencia del trauma psicológico inicial. Así, por el manejo inadecuado o por las conductas de evitación tan frecuentes en el curso de este problema, algunos psiquiatras (se espera que cada vez menos), los departamentos de personal, directivos, mandos intermedios, compañeros, sindicatos, médicos generales y del trabajo, y la propia Administración en general (por los distintos aspectos en los que puede estar implicada) pueden producir, conscientes o no, cada vez más y peores traumas a la persona psicoterorizada. Ello se materializa en un estrés prolongado y renovado de forma constante hasta el punto de llegar a amenazar la propia existencia socioeconómica del individuo. Las perspectivas de futuro para el afectado, en ese caso, son la pérdida de mecanismos de afrontamiento, la enfermedad mental, el aislamiento social, el paro y después, como se mencionó, el suicidio en algunos casos.

DIAGNÓSTICO

Los datos que parecen adecuados para un correcto diagnóstico y documentación del caso (encontrados, al menos, a un tratamiento correcto) son los siguientes:

1. Anamnesis sociolaboral (por lo menos) y análisis cuidadoso del puesto de trabajo actual. Se deberá prestar atención a distintos tipos de adicciones.
2. Descripción cronológica del curso traumático de los acontecimientos habidos en los pasados años. Origen de las situaciones.
3. Sexo, edad, antigüedad y posición en la empresa y en empresas anteriores, tiempo de estrés, frecuencia, problemas con el sueño, calidad de vida, otros diagnósticos psiquiátricos o tendencias hacia otros estados.
4. Empleo de cuestionarios (Tabla III) para dar respuesta inmediata al paciente de las alteraciones halladas y confirmar los datos del apartado anterior.
5. Implicaciones laborales, familiares y sociales.
6. Cumplimiento de la definición de *robbling* en sus aspectos de frecuencia (una vez a la semana, por lo menos), temporalidad (más de seis meses) e incorrección de la acción sufrida (véase el LIPT caso de disponer de él, o la Tabla IV).

TABLA III. Cuestionarios que documentan el caso de *mobbing* y ayudan al diagnóstico (9)

Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham)	¿Muestra el paciente elementos psicóticos?
Sleep and Alertness (The Caroline Institute Sleep Laboratory)	Trastornos del sueño
General Health Questionnaire (GHZ de Goldberg, versión 20 preguntas)	Calidad de vida que queda tras la experiencia
Beck's Depression Inventory (versión de 13 preguntas)	Idea más o menos objetiva del grado de depresión, si la hay
Impact of event scale (Horowitz, versión de 15 preguntas)	Frecuencia de eventos desagradables. Medida subjetiva de distrés
Post-traumatic symptom scale (Malt, PTSS-10)	Puede usarse como <i>screening</i> . Indica la necesidad de profundizar
Middlesex Hospital Questionnaire (versión de 40 preguntas)	Revela tendencias hacia seis áreas: ansiedad, fobia, depresión, obsesión, psicósomática, histeria

Diagnóstico original en base al DSM III-R o al DSM IV, y/o a la ICD-10

TRATAMIENTO

La idea inicial en nuestra práctica es que el caso no pase de la fase de conflicto, en el cual las alteraciones van a ser menores, aunque se duda de su reversibilidad en función de las características del sujeto y del tiempo de exposición a los estímulos agresores. Evaluadas las posibilidades de mediar con éxito en el conflicto, y explicando siempre al afectado el motivo o los motivos de sus síntomas, se interviene en dicho conflicto o se remite al paciente de forma inmediata para su evaluación y tratamiento psiquiátricos. Por otra parte, hay que tener en cuenta que existen muchas formas de elaborar situaciones traumáticas y es posible encontrarse con alteraciones psiquiátricas de distintos tipos, con o sin manifestaciones psicósomáticas, sin necesidad de tener que cumplir los criterios estadísticos mencionados para la definición de *mobbing*.

En las situaciones favorables, con psicólogos entrenados o médicos con profundos conocimientos del tema, además de un departamento de re-

TABLA IV. Algunas conductas concretas de *mobbing* clasificadas por factores [modificado de Zapf et al. (10)]

Ataques a la víctima con medidas organizacionales
— El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar
— Cambiar la ubicación de una persona, separándola de sus compañeros
— Prohibir a los compañeros que hablen a una persona determinada
— Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia
— Juzgar de manera ofensiva el desempeño de una persona
— Cuestionar las decisiones de una persona
— Asignar tareas sin sentido
— Asignar a una persona tareas muy por debajo de su formación/capacidad
— Asignar tareas con intención de humillar
Ataques a las relaciones sociales de la víctima, con aislamiento social
— Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona
— Rehusar la comunicación con una persona a través de gestos y miradas
— Rehusar la comunicación directa con el afectado
— No dirigirle la palabra
— Tratar a una persona como si no existiera (ignorarla radicalmente)
Ataques a la vida privada de la víctima
— Críticas permanentes a la vida privada de una persona
— Terror telefónico
— Hacer parecer estúpida a una persona
— Dar a entender que una persona tiene problemas psicológicos
— Mofarse de las discapacidades de una persona
— Imitar gestos, voces y otras cualidades propias de una persona
— Mofarse de la vida privada de la persona afectada
Ataques a las actitudes de la víctima
— Ataques a las actitudes y creencias políticas
— Ataques a las actitudes y creencias religiosas o éticas
— Mofarse de la nacionalidad de la víctima
Agresiones verbales
— Gritar o insultar
— Críticas permanentes del trabajo de la persona
— Amenazas verbales
Rumores
— Hablar mal a espaldas de la persona
— Difundir rumores varios contra esa persona, sean ciertos o no

curso humano debidamente sensible con el asunto, cabe plantearse el tratamiento siguiendo las siguientes líneas (11) que se exponen a continuación:

1. Tratamiento médico orientado a los síntomas, pasando, si es necesario, por el empleo a corto plazo de psicofármacos, lo que se advertirá debidamente al paciente.
2. Evitar el impacto patogénico de las condiciones de trabajo deficientes.
3. Buscar un ambiente libre de estrés. Se recomienda acudir a clínicas especializadas suponiendo que las haya. En caso contrario, el afectado siempre estará mejor en su casa.
4. Explicar al paciente el empleo de cuestionarios validados para el diagnóstico, así como la información que de ellos se extrae.
5. Evitar fines no realistas como el empleo de la documentación ante los tribunales. Ofrecer consejo jurídico cuando sea necesario, evitar victimizaciones y buscar salidas ocupacionales válidas.
6. Si es posible, realizar terapia de grupo introduciendo elementos encaminados a la autoafirmación y a la mejora del comportamiento.
7. Emplear los elementos de apoyo social previamente identificados a la hora de realizar el diagnóstico.
8. Trabajar en nuevas estrategias de afrontamiento de problemas y llevar a cabo un programa de rehabilitación vocacional, dado que es probable que se pierda, o sea recomendable dejar, el anterior empleo.
9. No deberá olvidarse que, aun recuperado el paciente, deberá existir un seguimiento que podría canalizarse a través de grupos de apoyo y sucesivas consultas. Tal vez sea en este punto donde deba ponerse especial atención en la acción de los servicios de prevención y, más aún, si disponen de un departamento de psicología. Entendemos que la parte más complicada del tratamiento debe llevarse a cabo en unas condiciones adecuadas por personal debidamente entrenado o, en su defecto, por un psiquiatra, debido a la complejidad que entrañan los casos y, sobre todo, debido a las posibles complicaciones tanto médicas como legales, todo ello sin renunciar a la parte que como profesionales de la salud y seguridad nos afecta, que creemos está en el reconocimiento del fenómeno, su derivación a manos especializadas y el intento de prevenirlo.

PREVENCIÓN

Es poco frecuente que una organización, por relativamente simple y bien organizada que esté,

haya previsto y solucionado todas las posibles fuentes de conflictos de todo tipo que se puedan dar. No digamos, por tanto, qué es lo que ocurre en la mayoría de las organizaciones.

Independientemente de que se promulguen leyes específicas al respecto (lo que se duda) y de que éstas se hagan cumplir, existen una serie de medidas que pueden tomarse con el fin de evitar llegar a las situaciones mencionadas de psicoterror y a las consecuencias funestas para la persona, la organización, la familia y la sociedad.

Ahora que está de moda el tema del control de pérdidas o de la reducción de gastos, tal vez fuera necesario demostrar, con números, que el dinero que supone el *mobbing* es mucho mayor que los costes de su prevención (incluyendo los derivados de factores que se exponen a continuación). Es probable que ello no sirva para nada, debido a las connotaciones del fenómeno, que suele terminar sometido a claras y enfermizas conductas de evitación, negación de la realidad, o ambas. Otros factores que hay que considerar son el impacto negativo que sobre la imagen de la compañía en cuestión pudiera tener el hecho de reconocer la existencia del hostigamiento psicológico, la desviación de recursos de otro tipo de campañas de la empresa, o el simple y auténtico desconocimiento del tema. A este respecto, vienen a cuento los comentarios de Hamel y Prahalad en *Competing for the Future* acerca del comportamiento de algunos directivos y que se resumiría en que cuando desconocen algo, actúan como si no existiera o niegan su existencia, y cuando actúan creyendo que conocen el asunto, lo hacen sin saber por qué en la mayoría de las ocasiones.

Entre que se crea la sensibilidad e interés sobre el tema y ello se desarrolla y consolida, es probable que pasen más años que los que pasaron en los países nórdicos, que fueron muchos. En nuestro país son de destacar ciertos fenómenos culturales que hacen pensar en la certeza de la anterior afirmación. De este modo, pueden citarse fenómenos de tipo literario (véanse Quevedo o Valle-Inclán por citar algunos y excluir nombres de los medios de comunicación actuales), cinematográfico («el tonto del pueblo» o la «charla simplona»), a los que se asociaban una serie de valores en distintos sentidos, fomentando la aceptación o la tolerancia social, en ocasiones, a actos incluidos en el concepto que aquí se trata, social (como la costumbre de las novatadas, tan arraigadas en cuarteles, colegios mayores y algunas organizaciones de trabajo) y laboral (reminiscencias de pasadas épocas con estilos de dirección autoritarios, paternalistas o, simplemente, llenos de dejadez, así como los comportamientos de

ellos derivados). Es probable (y es una opinión muy subjetiva de los autores) que España sea uno de los países donde la ridiculización sistemática del prójimo a cualquier nivel social esté técnicamente más desarrollada, lo que no deja de ser una hipótesis que los estudios sociológicos aceptarán o rechazarán en su momento.

A pesar de todo, procede ahora recurrir al ideal o al tan aludido «espíritu» de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: desde el diseño del proyecto empresarial sería posible determinar o diseñar, con la indeterminación que ello tiene, qué relaciones sociales e interpersonales se pretenden tener en la empresa que se está construyendo. Caso de empresas constituidas, organizadas, culturalizadas, etc., tal vez lo más eficaz sea el entrenamiento de los trabajadores en temas de relaciones interpersonales y el establecimiento de sistemas de regulación de conflictos, además de tener unos directivos sensibilizados y con grandes conocimientos del tema. No debe olvidarse la consideración de la cultura de la empresa y de los objetivos del departamento y del grupo humano que lo integra a la hora de seleccionar personal, buscando a la persona que más se adapte a todos los parámetros mencionados, con lo que la posibilidad de conflicto, estrés organizacional y *mobbing* se verá reducida.

Se deberá prestar atención a las deficiencias en el diseño del trabajo y en el comportamiento directivo, así como a la posibilidad de existencia real de víctimas del fenómeno. El reconocimiento precoz de personas que no encajan en el grupo de trabajo puede implicar el rediseño de sus tareas (hay que pensar que se trata, en principio, de una persona válida), o en el cambio a otro puesto o departamento donde encaje mejor.

En el momento en que los directivos reconozcan la importancia del tema y sean capaces de cambiar ciertos comportamientos (suponiendo que en ellos radique parte del origen del *mobbing* en esa organización), el futuro será esperanzador, no sólo en cuanto a este problema concreto, sino en lo relativo a prevención en general.

En caso contrario, se debe considerar la intervención inmediata por parte del servicio de prevención de la empresa, si lo hay. Si no lo hay, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social son, por el prestigio ganado con su actuación durante muchos años, un baluarte fundamental para concienciar a los empresarios y directivos de la importancia de la prevención o evitación temprana de estas situaciones de terror psicológico por lo nocivo de sus consecuencias para el individuo, la organización de trabajo y la sociedad. Cuanto an-

tes reciba la víctima la debida asistencia especializada, y a poco que haya algo de colaboración desde los estamentos directivos de la empresa, el daño puede evitarse. Los sindicatos pueden también contribuir a la erradicación del fenómeno mediante la negociación con la dirección acerca de estos problemas y por medio, también, de la defensa y apoyo al afectado. El problema surge, como en el caso de la telefonista Karin (12), cuando quien lleva a cabo las acciones de hostigamiento es miembro de un sindicato y, para acabar de arreglarlo, pertenece al comité de empresa... Tal vez sea el momento de acudir a los tribunales, aunque se duda que exista reparación al daño causado, que, llegado a cierto punto, se hipotetiza, será permanente y va a marcar a la persona afectada durante el resto de su vida.

DISCUSIÓN

Considerando la actuación llevada a cabo con motivo de los cuatro casos expuestos en la Tabla I, debe considerarse, a la vista de lo expuesto a lo largo de este artículo, que para próximas ocasiones se deberá realizar una anamnesis familiar, escolar, social y laboral, además de la anamnesis médica. Igualmente, se buscarán y aislarán los incidentes críticos y se intentarán comprender las relaciones entre dichos incidentes y la sintomatología presentada con tales motivos. El diagnóstico clínico, confirmado por los correspondientes psiquiatras, debió haber sido acompañado de algunos tests como los citados (véase Tabla III). No es que no se dispusiera de ellos, sino que no se tuvo la idea del intento de objetivación y mejor estudio del tema de esta manera. La introducción de servicios de psicología constituya una forma de mejorar esta carencia, permitiendo una más que probable mejor interpretación del resultado de dichas pruebas al tratarse de profesionales más habituados a trabajar con este tipo de pruebas.

Lejos de proceder directamente al noble acto de la receta del psicofármaco, a lo que suele aplicarse la negativa sistemática, nuestra actuación clínica se limitó a dar apoyo a dichas personas y mostrarles comprensión hacia su problema, explicándoles el porque de su situación y sus síntomas (en un intento de aproximación terapéutica al conocimiento de la conducta que esperaríamos tuviera el debido manejo por parte de un psiquiatra, a quien se remitía el caso con especial insistencia y entusiasmo, y más cuando en dos de las situaciones había ideas de suicidio), y mediando en las altas instancias de la empresa para conse-

guir el cambio de puesto de trabajo. Tal vez esto haya sido lo más aceptable dentro del contexto de nuestra intervención.

De otro lado, el análisis de la situación de *mobbing* fue deficiente. Aunque no era de esperar que nos hicieran mucho caso, se dieron por inmodificables los defectos organizacionales, y no se aportaron soluciones para mejorarlos (apreciación subjetiva que se debió intentar comprobar aportando tales soluciones, que en parte se conocían). En cambio, se centró la atención en describir el mecanismo de terrorización empleado, sin que ello pudiera tener repercusión alguna salvo en las explicaciones dadas a los afectados. A efectos prácticos, esto les hubiera dejado como estaban de no haber tenido la suerte de poder mediar para que cambiasen su puesto de trabajo. De otro lado, ¿quién dice que ese cambio fue para mejor? Lamentablemente, no se pudo comprobar. Se buscó al «culpable» para intervenir en la medida de lo posible sobre él, pero en cambio no se buscó un mejor apoyo social para los afectados, lo cual podía haber resultado ciertamente beneficioso para ellos.

Por último, es frecuente que estos pacientes busquen el apoyo que no reciben y la seguridad que con el tiempo perdieron en distintas drogodependencias. Sinceramente, tampoco se investigaron. Total, que después de los cuatro casos mencionados es de esperar que no se vuelvan a hacer las cosas de la misma manera y que nuestra experiencia, tanto teórica como práctica, junto con el resultado de una mayor investigación bibliográfica según los casos, sean de utilidad al lector.

Creemos que, en la actualidad, el reconocimiento temprano del problema y la derivación inmediata al psiquiatra constituyen la única forma, al menos temporal, de evitar males mayores a la persona en el caso de no tener apoyo en los niveles directivo y sindical. Pretender que el individuo afectado inicie la búsqueda de otro trabajo (y lo encuentre) es otra solución que, según está el mercado de trabajo, no parece merecer mucha consideración.

En fin, que si bien el psicoterror laboral es un problema complejo en el que intervienen factores inherentes a la especie humana, factores organizacionales y factores sociales de distintos tipos, es posible el intento de evitación o, al menos, de control del mismo. Y en tanto en cuanto llega el día, si llega, en que se preste atención al hostigamiento psicológico tanto en el trabajo como en todos los núcleos sociales en los que el ser humano se desenvuelve desde su más tierna infancia, se desea terminar estas líneas recordando que se gasta más dinero en la investigación por el VIH

que en investigar causas de suicidio o accidentes de tráfico por citar algunas causas de mortalidad mucho más frecuentes y, posiblemente, más costosas. Mirando al futuro, las predicciones indican que en el 2020 (13, 14), el suicidio será la causa número 10 en el ranking de causas de muerte en el mundo. Como quiera que el *mobbing* puede concluir en suicidio, tal vez valga la pena comenzar a tomar medidas, muchas veces más que asumibles económicamente, para reducir la predicción de Murray y López, contribuyendo a la disminución, por tanto, de las repercusiones sociolaborales que de tales procesos de psicoterror (incapacidad temporal, pérdidas para la organización [en producción, calidad, clima laboral...], despido, paro, suicidio) pueden derivarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. MCKEOWN K D. Sickness absence. *R R Soc Med*. 1989; 82: 188-189.
2. PRINS R, DE GRAF A. Comparison of sickness absence in Belgium, German and Dutch firms. *Br J Ind Med*. 1986; 43: 529-536.
3. LÓPEZ GARCÍA SILVA J A, MARTÍN DAZA F, PÉREZ BILBAO J, et al. Absentismo y motivación en una empresa pública. *Medicina del Trabajo*. 1995; 4 (4): 250-258.
4. LÓPEZ GARCÍA SILVA J A, PÉREZ BILBAO J, MARTÍN DAZA F, et al. Factores de motivación en una empresa pública. *MAPFRE Medicina*. 1996; 7 (3): 153-161.
5. LEYMANN H. Silencing of a skilled technician. *Working Environment*. 1993; 28-29.
6. LÓPEZ GARCÍA SILVA J A, CAMPS DEL SAZ P. Mobbing en puestos de trabajo de tipo administrativo. *Medicina del Trabajo*. 1997; 6 (1): 41-47.
7. CAMPS DEL SAZ P, MARTÍN DAZA F, PÉREZ BILBAO J, et al. Hostigamiento psicológico en el trabajo: el *mobbing*. *Salud y trabajo*. 1996; 118: 10-14.
8. LEYMANN H. *The Mobbing Encyclopaedia*. <http://www.leymann.se/English/12310E.HTM>
9. LEYMANN H, GUSTAFSSON A. Mobbing and the development of PTSD. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5 (2): 251-275.
10. ZAPP D, KNORZ C, KULLA M. On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5 (2): 215-237.
11. GROEBLINGHOFF D, BECKER M. A Case Study of Mobbing and the Clinical Treatment of Mobbing victims. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996; 5 (2): 277-294.
12. LEYMANN H. Mobbing und Psychoterror. *Sichere Arbeit*. 1992; 5: 22-28.
13. MURRAY C J L, LÓPEZ A D. Mortalidad según la causa en ocho regiones del mundo. Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997; 31 (3): 153-161.
14. ¿De qué moriremos en el 2020? *Lancet*. 1997; 31 (3): 133 (editorial).