

Hostigamiento laboral (*mobbing*) y sus consecuencias para la salud

A. Prieto-Orzanco

El término anglosajón *mobbing* se utiliza, desde los trabajos realizados por Leymann¹ a mediados de la década de los ochenta, para definir las situaciones de acoso moral y hostigamiento en el ámbito laboral. Leymann define el *mobbing* o psicoterror como «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». La presencia de acoso laboral se define, pues, por la reiteración y continuidad de una o varias de las 45 actuaciones hostiles recogidas en el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT), u otras de equivalentes efectos, ejercidas con la finalidad de destruir y hacer desaparecer de la escena laboral a la víctima.

Fases del acoso

El acoso laboral suele desarrollarse en una evolución temporal prototípica descrita por Leymann¹ y cuyo estereotipo se mantiene en los diferentes países en que ha sido estudiado:

1. Inicio por un incidente crítico: conflicto mal resuelto por la organización a partir del cual se produce una escalada de conflictos «privados». En esta primera fase no hay aún acoso moral. La víctima percibe un brusco empeoramiento de su relación con otra u otras personas, y habitualmente no sabe a qué atribuirlo.
2. Fase de acoso y estigmatización: comportamientos con frecuencia sutiles en un inicio, del tipo de los reflejados en la tabla 1 (dependiendo de las culturas no se dan algunos y pueden darse otros) repetidos, al menos, una vez por semana durante 6 meses (criterio estadístico de Leymann). Algunas de las conductas tomadas aisladamente pueden

considerarse parte de una interacción social normal, lo que a su vez puede dificultar el reconocimiento de la situación por la propia víctima. Sin embargo, por la cadencia de utilización se usan como manipulación agresiva ejercida por una o varias personas (habitualmente 1-4 agresores). No es frecuente la agresión física (por lo cual es más difícil de probar judicialmente). La primera manifestación de acoso suelen ser las críticas sistemáticas e injustificadas hacia su trabajo, su aspecto físico, sus ideas y planteamientos en relación con el trabajo que realiza, a pesar de que previamente su trabajo se hubiera considerado excelente. El objetivo es doble: deteriorar en lo posible la imagen pública de la víctima y acabar con su equilibrio y resistencia psicológica. El maltrato laboral se produce en progresión, en una escalada característica también del otro gran proceso destructor «privado» como es la violencia doméstica.

3. Intervención de las autoridades de personal: como señalan Piñuel y Zabala², «cuando interviene la línea jerárquica, el incidente se convierte en el caso de X, siendo X siempre la víctima acosada y no el acosador. A esto se añade su natural tendencia a terminar rápidamente con el problema (normalmente la persona acosada)». El resultado habitual es el atropellamiento de los derechos de la víctima y el aumento de su marca (estigma) como «oveja negra». Suele entrar en funcionamiento el mecanismo psicológico conocido como de «error en la atribución» que hace que compañeros, jefes y directivos tiendan a crear explicaciones basadas en las características individuales de la víctima, antes que en los factores ambientales^{1,2} o en los del acosador. Es decir, como en otros procesos de acoso, es habitual situar la responsabilidad en la víctima y no en el agresor.

4. Exclusión: cuando las condiciones de trabajo causantes del *mobbing* no son resueltas, el hostigamiento suele finalizar con la salida de la víctima de la organización, unas veces por petición de traslado o por abandono del puesto de trabajo y otras veces por despido (acumulación de absentismo y baja productividad que justifican el despido cuando el *mobbing* ha conseguido su finalidad destructora). En algunas ocasiones por suicidio. Previamente, la víctima puede haber sido diagnosticada de personalidad paranoica, ansioso-depresiva o con alteraciones del carácter, al no considerar el profesional consultado que los síntomas tengan su origen en una agresión externa continuada.

EAP San Isidro II. IMSALUD Área 11. Madrid. España.

Correspondencia:
Asunción Prieto-Orzanco
CS General Ricardos.
General Ricardos, 131. 28019 Madrid. España.
Correo electrónico: aprieto@papps.org

Manuscrito recibido el 15 de julio de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 19 de julio de 2004.

Palabras clave: *Mobbing*. Acoso. Hostigamiento. Maltrato.

TABLA 1
1 **Inventario de actitudes hostiles de Leymann****A. Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse adecuadamente con otros, incluido el propio acosador:**

1. El jefe o acosador no permite la posibilidad de comunicarse a la víctima
2. Se le interrumpe continuamente cuando habla
3. Se le impide expresarse
4. Es objeto de avasallamiento, gritos o insultos en voz alta
5. Se producen ataques verbales criticando trabajos realizados
6. Se producen críticas hacia su vida privada
7. Se aterroriza a la víctima con llamadas telefónicas
8. Se le amenaza verbalmente
9. Se le amenaza por escrito
10. Se rechaza el contacto con la víctima (evitar contacto visual, gestos de rechazo, desdén o menosprecio)
11. Se ignora su presencia, por ejemplo, dirigiéndose sólo a terceros (como si no le vieran o no existiera)

B. Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales:

1. No se habla nunca con la víctima
2. No se le deja que se dirija a uno
3. Se le asigna un puesto de trabajo que le aísla de sus compañeros
4. Se prohíbe a sus compañeros hablar con ella
5. Se niega la presencia física de la víctima

C. Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral:

1. Se maldice, se «echa pestes» o se calumnia a la víctima
2. Se hacen correr cotilleos y rumores orquestados por el acosador o el *gang* de acoso sobre la víctima
3. Se hace mofa, burla o se ridiculiza a la víctima
4. Se atribuye a la víctima una enfermedad mental o problemas psicológicos
5. Se le intenta forzar a realizar un examen o diagnóstico psiquiátrico
6. Se fabula o inventa una supuesta enfermedad de la víctima
7. Se imitan sus gestos, postura, voz, comportamiento o talante para ridiculizarlos. Se le ponen motes, llamándole por ellos
8. Se atacan sus creencias políticas o religiosas
9. Se hace burla de su vida privada
10. Se hace burla de sus orígenes o de su nacionalidad
11. Se le obliga a realizar un trabajo o tareas humillantes
12. Se controla, anota y registra inequitativamente el trabajo de la víctima en términos malintencionados
13. Se cuestionan o contestan las decisiones tomadas por la víctima
14. Se le injuria en términos obscenos o degradantes
15. Se acosa sexualmente a la víctima con gestos o proposiciones

D. Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional

1. No se asigna a la víctima trabajo alguno
2. Se le priva de cualquier ocupación y se vela para que no pueda encontrar tarea alguna por sí misma
3. Se le asignan tareas totalmente inútiles y/o absurdas
4. Se le asignan tareas muy inferiores a su capacidad o competencias profesionales

5. Se le asignan sin cesar tareas nuevas

6. Se le obliga a ejecutar trabajos humillantes

7. Se le asignan tareas que exigen una experiencia superior a las competencias que posee con vistas a desacreditarla

E. Actividades de acoso que afectan directamente a la salud física o psíquica de la víctima

1. Se le obliga a realizar trabajos peligrosos o especialmente nocivos para la salud

2. Se le amenaza físicamente

3. Se agrede físicamente a la víctima, pero sin gravedad, a título de advertencia

4. Se le agrede físicamente, pero sin contención

5. Se le ocasionan voluntariamente gastos con intención de perjudicarla

6. Se ocasionan desperfectos en su puesto de trabajo o en su domicilio

7. Se agrede sexualmente a la víctima

Recogido por Piñuel y Zabala².

Prevalencia en España

Según los barómetros Cisneros I y II³, se estima que un tercio de los trabajadores se ha encontrado alguna vez en una situación de *mobbing* y entre el 12 y el 16% (unos 2 millones de personas) sufren acoso psicológico en el trabajo en el momento de realizar las entrevistas para la elaboración del informe. Es habitual que la víctima que cumple criterios como acosado no reconozca la situación (el 80% de afectados desconoce qué es el *mobbing* y sus consecuencias). Pero se conoce que aproximadamente la mitad presentará cuadros de afección con manifestaciones psicológicas y/o físicas. La prevalencia general ofrecida por los barómetros Cisneros podría verse prácticamente duplicada en los sectores de servicios y función pública, donde parece concentrarse una parte muy importante de los casos de acoso.

Como en otras situaciones de maltrato, acoso y terror, la víctima directa tiende a culpabilizarse de la situación y el entorno realiza como mecanismo de defensa el ya mencionado «error de atribución»: considerar que algo habrá hecho la víctima para merecer una situación de castigo.

Situaciones de especial vulnerabilidad

Se conoce que los entornos en los que se favorece la competición o en los que predominan los estilos de mando autoritarios son favorecedores del *mobbing*. Respecto a las víctimas, con frecuencia tienen una edad < 30 años (es posible que por sobrerrepresentación en la muestra) y se observa una mayor incidencia entre trabajadores eventuales o temporales que entre los fijos. La mayor parte de las víctimas mantiene una actitud pasiva, sin enfrentarse activamente a la situación. La mayor parte de los compañeros que presencian el *mobbing* se mantienen también pasivos y sólo 1 de cada 6 apoya a la víctima frente al agresor. El *mobbing* afecta a ambos sexos, aunque la frecuencia es algo mayor en la mujer (diferencia no significativa). Este hecho también ha sido observado en los estudios suecos^{1,3,4}.

TABLA 2 Síntomas que las víctimas atribuyen al hostigamiento

Ningún síntoma atribuido al *mobbing*: 47%

Uno o más síntomas atribuidos al *mobbing*: 52%

Síntomas físicos	Síntomas psíquicos
Dolores de espalda (IV), 63%	Irritabilidad (I), 54%
Dolores musculares/articulares (IV), 55%	Bajo estado de ánimo, depresividad (I), 48%
Dolores de cabeza (IV), 48%	Dificultad para dormirse (V), 47%
Dolores en la nuca (IV), 48%	Sueño ligero, interrumpido (V), 44%
Problemas de memoria (I), 32%	Despertar temprano (V), 44%
Sensación de enfermedad/debilidad (II), 31%	Dificultades de concentración (I), 43%
Falta de apetito (II), 31%	Apatía, falta de iniciativa (I), 37%
Debilidad en las piernas, 30%	Sentimiento de inseguridad (I), 35%
Dolores de estómago (II), 28%	Llanto espontáneo (II), 35%
Fatiga crónica, 26%	Agresividad (I), 33%
Palpitaciones/taquicardia (III), 24%	Pesadillas (II), 21%
Irritación de la garganta, 23%	Aislamiento, retirada social (II), 17%
Sequedad en la boca (III), 20%	Ideas suicidas, 5%
Sofocos (III), 19%	
Diarrea (II), 17%	
Mareos, 16%	
Dificultad respiratoria (III), 14%	
Hipotensión, 12%	Agrupación de síntomas
Vértigo, pérdida del equilibrio, 11%	Efectos cognitivos de estresores potentes (I)
Temblores, 10%	Síntomas psicósomáticos (II)
Dolores en el pecho (III), 10%	Síntomas por producción de hormonas de estrés (III)
Hipertensión, 9%	Síntomas de tensión muscular por estresores mantenidos en el tiempo (IV)
Otros, 9%	Trastornos del sueño (V)
Vómitos (II), 6%	
Fiebre moderada, 5%	
Desvanecimientos/desmayos, 4%	

Tomada de Piñuel y Zabala³ y Agrupación de Leymann⁴.

La víctima no tiene características psicológicas especiales y puede realmente ser cualquier trabajador en un momento dado. Se ha postulado que los trabajadores más activos y apreciados por su trabajo, los más empáticos y los que toman en cuenta las necesidades de los otros pueden ser precisamente los más propensos a sufrir *mobbing*, por suscitar envidia o representar una amenaza a la posición del agresor en la empresa (el jefe o en cualquier caso alguien que ostenta una posición superior por antigüedad, relaciones,

etc. En ocasiones los iguales, o ambos). También la negativa a participar en el hostigamiento a otra persona puede convertirse en el desencadenante para ser a su vez acosado, o simplemente para diversión de los agresores⁵. Según los estudios realizados en diversos países, los ámbitos más propensos al *mobbing* son los sectores educativo y el sanitario en especial, y toda la administración pública y el sector servicios en general. Las situaciones de crisis y cambios dentro de una organización o empresa conllevan una mayor frecuencia de *mobbing*. En general, se puede afirmar que la tendencia hacia el *mobbing* se produce en un ámbito laboral concreto, ya que los 2 factores presentes en todos los casos son la mala organización del trabajo y la pobreza en el manejo y la resolución de conflictos⁴⁻⁶.

Consecuencias del *mobbing*

El acoso laboral produce efectos económicos lesivos para la sociedad en general. Son crecientes las demandas judiciales por esta causa (150.000 en Madrid en 2002), y su efecto sobre la vida personal y laboral del trabajador tras el *mobbing* parece negativamente perdurable.

Leymann estimó en 1987 que más de un 10% de los suicidios anuales registrados en Suecia se deben al hostigamiento en el trabajo. La Seguridad Social sueca estimó en 1993 que al menos el 20% de las jubilaciones anticipadas tienen su origen en condiciones de trabajo psicológicamente degradadas.

En España, un 5% de los acosados que presentan síntomas considera que el suicidio es una posible solución.

Las víctimas de *mobbing* presentan un 70% más de absentismo en los últimos 2 años y, en promedio, 10 días de baja más que las no víctimas en el mismo período³.

La familia de la víctima directa es, a su vez, víctima del acoso moral en el trabajo, con un aumento de las roturas familiares y la morbilidad en la pareja, los hijos y, en general, con la convivencia con una persona que presenta un cuadro de desgaste y amargura generados en su trabajo, pero cuyos efectos le acompañan en la vida extralaboral^{2,5}.

Abordaje del *mobbing* en la consulta

La prevención primaria corresponde, obviamente, al ámbito laboral, con mecanismos de organización y decisión en las empresas e instituciones que gestionen los conflictos mediante reglas conductuales apropiadas¹.

Sin embargo, la solicitud de ayuda clínica se suele dar ante todo fuera de la empresa y el médico de familia se encuentra en una posición privilegiada para su detección y para facilitar un abordaje temprano antes de que se hayan producido los estragos destructivos buscados por los acosadores.

En este sentido, respecto al diagnóstico de enfermedades producidas por acoso laboral es necesario, al igual que con el resto de las situaciones de violencia «privada», mantener una actitud de sospecha activa, con anamnesis específicas sobre actividades de hostigamiento, ante cuadros sintomá-

ticos compatibles, o situaciones de bajas repetidas aparentemente poco justificables. Con frecuencia, la presentación es abigarrada (mezcla de problemas físicos, psicósomáticos, psíquicos y conductuales), y el paciente es capaz de relacionar su cuadro clínico con su situación laboral, si no en la primera consulta, sí durante las visitas sucesivas⁷. Es importante recordar que previamente a la exclusión (fase final buscada por el hostigador), el afectado suele buscar ayuda y hay que evitar tomar como diagnóstico lo que en realidad es un síntoma de agresión.

La sintomatología concreta producida por el *mobbing* es variada, según se ha comprobado tanto en nuestro medio (tabla 2) como en otros países^{4,7}. La mayor parte de los síntomas presentados por las víctimas pudieron ser clasificados mediante su análisis factorial en grupos con significación clínica por Leymann y Gustasen en 1996 (referenciado por López y Camps⁶) como efectos cognitivos de estresores potentes, síntomas psicósomáticos, síntomas por producción de hormonas de estrés, tensión muscular por estresores mantenidos en el tiempo y trastornos del sueño. El cuadro clínico de las personas sometidas a *mobbing* es con frecuencia clasificado como un síndrome de estrés postraumático o un trastorno por ansiedad generalizada^{4,7}, aunque la opinión de los psiquiatras al respecto no es unánime y algunos prefieren catalogarlo como un trastorno de adaptación⁶. Es conveniente valorar con el paciente la pertinencia o no de hacer constar en la baja el origen laboral del problema. Asimismo, conviene tener en cuenta que los servicios de salud laboral y medicina de empresa pueden solicitar al médico de familia una valoración del paciente para distintos efectos (p. ej., cambio de puesto de trabajo). La hipótesis de Leymann de que el síndrome de estrés postraumático es más complicado en su evolución cuando los eventos traumáticos son prolongados en el tiempo y complejos (como en los casos de acoso laboral) parece tener su reflejo en los cambios estables de la personalidad tras el *mobbing*. Estos cambios, recogidos por el propio Leymann⁴ en su práctica clínica, son la sensación de estar en peligro constante y la actitud de sospecha (cuando ha predominado una respuesta obsesiva), sensación de vacío y desesperanza (si la respuesta principal fue depresiva), o la persistencia de aislamiento (cuando la actitud predominante fue resignarse a la situación).

El tratamiento del paciente se dirige en primer lugar a facilitarle el reconocimiento del maltrato. El control de los síntomas de ansiedad, depresión y físicos mediante tratamientos convencionales debe complementarse con psicoterapia de apoyo y técnicas de afrontamiento de estrés que aumenten los recursos del paciente. Hay manuales de autoayuda que pueden ser de utilidad. Los criterios de derivación son los habituales para otros procesos que cursen con cuadros clínicos similares, pero si es necesario remitir al paciente a los servicios de salud mental, debería realizarse la derivación con una explicación amplia que transmita al paciente la confianza de su médico de familia en sus capacidades mentales y le haga partícipe de los motivos concretos por los que se solicita apoyo especializado (dificultad de control de síntomas, ideación suicida, abordaje psicológico, etc.).

En definitiva, los efectos del *mobbing* sobre la salud apenas empiezan actualmente a delimitarse; asimismo, se dispone de escasa bibliografía en el ámbito de la salud y mucha más en el terreno de la psicología laboral, por lo que el establecimiento de criterios de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia es aún infactible y deberemos guiarnos por el conocimiento general sobre los malos tratos.

Bibliografía

1. Leymann H. Contenido y desarrollo del acoso grupal (*mobbing*) en el trabajo. *Eu J Work Organizational Psychol.* 1996;5:165-184. Disponible en: www.acosomoral.org
2. Piñuel y Zabala I. *Mobbing*, la lenta y silenciosa alternativa al despido. *Revista AEDIPE.* 2001;14: Disponible en: www.acosomoral.org
3. Piñuel y Zabala I. Universidad Alcalá de Henares: Barómetros Cisneros 2001. Disponible en: www.acosomoral.org
4. Leymann H. *The Mobbing Encyclopedia.* Disponible en: www.leymann.se
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSH: El hostigamiento psicológico en el trabajo: *mobbing.* 1998. NTP-e 476.
6. López García Silva JA, Camps del Saz P. Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. *MAPFRE Medicina* 1999;10:253-60.
7. De la Gándara Martín J, Álvarez Álvarez-Monteserin T. *Mobbing y salud: mitos y realidades.* *Psiquiatría y Aten Primaria.* 2003;4:13-8.