

# **Mobbing: una propuesta exploratoria de intervención**

**M.F. Rodríguez Muñoz\*, J.A. Osona Miguel, A.L.**

**Domínguez Martín y M.I. Comeche Moreno**

*Universidad Nacional de Educación a Distancia, España*

## **ABSTRACT**

*Mobbing: An exploratory proposal for intervention.* Mobbing or harassment at work, is a continued and incremental process that undergoes the person because reiterated negative conducts by his/her superiors or equal ones in the labour environment. The effects, which are produced on the person both emotional and psychosomatic levels, are not detected in the beginning, causing a deterioration of the person well-being in the long term. Indeed, when mobbing appears, processes of absenteeism, losses and turn over begin to take place, these issues could have palliate effects in the beginning, but in the long run if they are not abashed and confronted, could end in a deep malaise situation. This labour environmental upheaval must be undertaken with the aim to provide protocols of prevention, detection and treatment that minimize the costs they produce not only in the management but also in the personal level. In the present work it has been developed and applied a registered group program (9 sessions), which has obtained positive results, equipping the subjects for mechanisms in the recovery of their personal well-being, improving their levels of anxiety, depression, modifying their negative thoughts and carrying out a positive problem facing.

*Key words:* mobbing, harassment at work, intervention.

## **RESUMEN**

El mobbing o “acoso moral en el trabajo”, es un proceso continuado e incremental que sufre la persona ante las conductas negativas reiteradas por parte de sus superiores o iguales en el entorno laboral. Los efectos que produce en la persona tanto a nivel emocional como psicossomático, no son detectados al inicio, es más, se van acumulando provocando un deterioro del bienestar de la persona a largo plazo. Además, cuando aparece el mobbing, comienzan a producirse procesos de absentismo, bajas laborales y rotaciones, que en principio pueden paliar los efectos, pero a la larga si no se atajan y afrontan, puede acabar en una situación de profundo malestar. Este trastorno que sucede en el entorno laboral, debe ser acometido con el fin de proporcionar protocolos de prevención, detección y tratamiento que minimicen los costes producidos tanto a nivel empresarial como personal. En el presente trabajo se ha desarrollado y aplicado un programa grupal protocolizado (9 sesiones), que ha obtenido resultados positivos al dotar a los sujetos de mecanismos para la recuperación de su bienestar personal, mejorando sus niveles de ansiedad, depresión, modificando los pensamientos negativos y realizando un afrontamiento positivo de los problemas.

*Palabras clave:* mobbing, acoso moral en el trabajo, intervención.

---

\* La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a la primera autora: Facultad de Psicología, UNED, Madrid, España. E-mail: mfrrodriguez@psi.uned.es

En la década de los 80, Heinz Leymann, sobre la base de los estudios en etología, adoptó el concepto de mobbing para su aplicación al mundo laboral (Leymann y Gustafsson 1984). Desde entonces, ha sido incorporado como tópico de investigación en la Psicología (Moreno Jiménez y Rodríguez, 2006). La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo ha señalado que entre un 5 y un 15% de la población europea afirma haber sufrido acoso en su entorno de trabajo, una horquilla porcentual que coincide con las investigaciones de Quine (1999) que ponen de relieve que un 9% de los trabajadores europeos efectivamente reconocen que han padecido algún tipo de acoso moral en el ámbito laboral. En España, los datos se encuentran con unos porcentajes similares. Así el informe Cisneros V (Piñuel, 2005) muestra que un 16% de los trabajadores refieren haber sido víctimas de acoso psicológico.

Todo ello conduce a pensar, y así lo señalan Chappbell y Di Martino (2006), que el absentismo y las bajas médicas con motivo del *mobbing* genera unos enormes costes, causando todos los años importantes pérdidas económicas. Algunos autores han considerado el acoso o *mobbing* como uno de los estresores más importantes en la vida laboral (Moreno Jiménez y Rodríguez, 2006). Sin embargo, en una revisión de las bases de datos PsycINFO, *Academic Search Premier*, *MLA Internacional Bibliography* y Eric se puede observar que si se introducen los conceptos de *mobbing* y *health* aparecen 12 referencias, con *mobbing* y *mental health* 4 referencias, con *mobbing* y *well-being* 2 referencias y, finalmente, con *harassment at work* 17 referencias. Por ello, puede afirmarse que la investigación sobre el *mobbing* se encuentra todavía en sus inicios y está necesitada de un mayor desarrollo, tal y como han reivindicado Moreno Jiménez y Rodríguez (2006). En este sentido, autores como Mikkelsen y Einarsen (2006) han denunciado que apenas se han realizado trabajos sobre programas de intervención que mitiguen los efectos del *mobbing*.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2007) ha propuesto como definición de *mobbing* la siguiente: “un comportamiento irracional repetido con respecto a un empleado o a un grupo de empleados, que constituye un riesgo para la salud”. Aunque esta definición cuenta con un amplio consenso (Rial González, 2004), es necesario operativizarla para poder entender la complejidad del concepto. Así, distintos autores (Einarsen y Hauge, 2007, Rial González, 2004; Olmedo y González, 2006) han propuesto que la conducta de *mobbing* se tiene que dar en el entorno laboral, y se refiere a comportamientos hostiles e intimidatorios que buscan causar daño moral, humillación, ofensa y estrés, siendo no deseados por la persona que los recibe. Estos comportamientos se deben alejar, para que exista *mobbing*, de lo razonable (p. ej., negar el acceso a instrumentos básicos del trabajo como puede ser ordenador, teléfono, coche de empresa...). Para la persona que sufre el acoso no existe una causa específica fácilmente reconocible, por lo que se sitúa al sujeto en una posición de indefensión que tiene repercusiones en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales del sujeto. Además, la falta de determinación exige que los supuestos comportamientos de acoso se desarrollen con cierta periodicidad, continuidad y reiteración semanal durante al menos seis meses.

Einarsen (2000) ha identificado tres modelos causales que explican la aparición del *mobbing*. Estos modelos se centran en la personalidad de la víctima y del acosador,

en las características de las relaciones humanas que surgen en las organizaciones y en el clima, cultura y ambiente organizacional. En lo referente a los factores de personalidad, y específicamente con la personalidad del acosado, la bibliografía especializada sobre el tema se divide en dos grandes líneas contrapuestas. Por un lado, Piñuel (2001) y Casado (2004) destacan un tipo de víctima más positivo con gran capacidad de trabajo, grandes valores éticos y popularidad, aunque autores como Einarsen y Hauge, (2007) y González de Rivera (2002) destacan connotaciones más negativas en la víctima tales como la dependencia psicológica que les lleva a no romper la relación con sus agresores, ciertas dificultades en la previsión de consecuencias, un patrón de personalidad con tendencia a evitar conflictos y alta reactividad emocional. En relación al perfil del acosador, González de Rivera (1997) se ha centrado en tres características personales: la necesidad de control que les lleva a deshumanizar a los empleados, la mediocridad, y la envidia maligna con respecto a sus compañeros o subordinados.

El segundo de los modelos que habla de las características inherentes a las relaciones humanas en las organizaciones se centra en la llamada teoría del chivo expiatorio, en el que una persona es acosado con el fin de aliviar el conflicto y las tensiones que pueden surgir en la empresa.

Finalmente, el tercer modelo de la hipótesis organizacional, es el modelo que mayor apoyo empírico ha encontrado (Einarsen y Hauge, 2007). La bibliografía ha señalado que existen algunas culturas en las organizaciones que aprueban el acoso, aunque no reconocen su presencia dentro de las empresas. Leymann (1996) manifiesta que las deficiencias en el diseño de trabajo, los estilos de liderazgo negativos, una posición social que supone estar expuesto constantemente y un bajo nivel moral dentro de la organización hacen más probable la aparición del *mobbing*. Otros autores han señalado factores tales como cambios repentinos (reestructuraciones, fusiones...), altos conflictos de rol, elevados niveles de estrés y malas relaciones personales (Rial González, 2004). Con respecto al tipo de empleo, los autores difieren: unos apuntan a las organizaciones públicas, donde el empleo tiene un elevado grado de estabilidad (Olmedo y González, 2006), como organizaciones más proclives a la aparición del *mobbing*; otros manifiestan que es más probable el acoso en organizaciones con empleo inseguro e inestable (Rial González, 2004).

Desde una perspectiva más clínica se ha señalado que el *mobbing* pertenece a los llamados trastornos reactivos (códigos F43.2), recogidos tanto en la CIE-10 (OMS, 1993) como en el DSMIV (APA, 2000). A la vista de estos datos puede interpretarse que la comunidad científica va, si se permite la expresión, un paso por detrás de las necesidades e intereses sociales. En este sentido, plantear el diseño y la validación de un programa grupal de control y manejo del *mobbing* puede ayudar a paliar este problema, así como aportar novedades a la investigación sobre la materia.

Casado (2004) ha destacado la necesidad de realizar el tratamiento centrado básicamente en el *coping* o estrategias de afrontamiento activo, dirigidas al problema. Para este autor la solución ideal pasaría por conservar el puesto de trabajo y mantener una relación adecuada en el trabajo. Cuando esta situación no resulte admisible, es necesario establecer con el paciente alternativas viables que supongan volver a la vida normal en la medida de lo posible.

Para desarrollar un programa multicomponente de tratamiento psicológico del *mobbing* con las adecuadas garantías científicas, es necesario atenerse a los criterios desarrollados en el informe de la *Task Force* de la APA (1995), en el que se detallan los requisitos que deben cumplir las investigaciones para garantizar la eficacia de todo tratamiento psicológico. Entre los criterios propuestos, se destacan el desarrollo de un manual protocolizado, en el que se describa la evaluación y el tratamiento y que el programa haya demostrado su eficacia en una muestra adecuadamente identificada. En este sentido y siguiendo las propuestas de la *Task Force*, el objetivo del presente trabajo es comprobar, de forma exploratoria, si un programa de tratamiento cognitivo conductual diseñado específicamente para los problemas del *mobbing* puede ayudar a la mejora de las víctimas que lo sufren o han sufrido, así como su posterior integración en el contexto laboral. El programa de tratamiento que se propone es un programa protocolizado y especialmente adaptado a la población española.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra utilizada ha conestado de 8 sujetos, un hombre y siete mujeres, con una media de edad de 41,5 (DT= 7,6). La muestra se escogió de manera aleatoria entre diferentes personas que querían participar en el programa pertenecientes a PRIDICAM (Plataforma en la Comunidad de Madrid contra los Riesgos Psicosociales y la Discriminación Laboral) que sufrían o habían sufrido *mobbing*. Los participantes tienen estudios medios o superiores, manifestando una buena o muy buena situación familiar y buena o regular situación económica, por efectos derivados del *mobbing*. De los ocho participantes, seis se encontraban de baja laboral, uno estaba trabajando y el sujeto restante estaba en paro. Los sujetos están en diferentes fases con respecto al acoso, habiendo en dos casos tomado la decisión de proceder, de forma controlada, a un cambio de trabajo. La mitad de los sujetos desempeñan sus tareas en el sector público mientras que la otra mitad lo hace en la empresa privada. Sólo uno de los sujetos no está tomando medicación, mientras que los siete restantes, bien bajo control del médico de familia o de servicios de psiquiatría, están medicándose con ansiolíticos, de media a alta intensidad y dos de ellos necesitan medicación complementaria para tratar de minimizar problemas de insomnio. Como complemento a lo indicado, apuntar que dos de los sujetos presentaban ideas suicidas, llegando en uno de los casos a haber pasado a la acción con dos intentos autolíticos en el pasado. Las sesiones, de dos horas de duración, se desarrollaron con una periodicidad semanal en una consulta psicológica privada.

### *Instrumentos*

Como variable de clasificación para valorar si los sujetos padecían o no *mobbing* se utilizó la escala Cisneros (Fidalgo y Piñuel, 2004). Dicha escala es un cuestionario de carácter autoadministrado compuesto por 43 ítems que objetivan y valoran 43 con-

ductas de acoso psicológico. En la respuesta deben indicar el autor del acoso (1 “jefe”, 2 “iguales”, y 3 “subordinados”) y su frecuencia (de 0 “nunca” a 6 “todos los días”). Los resultados obtenidos muestran una buena capacidad para discriminar entre diversos grados de acoso y, por consiguiente, la utilidad de la escala como indicador de la gravedad e intensidad del daño infligido a la víctima. De ella se obtienen tres índices: el número total de estrategias de acoso (NEAP); el índice global de acoso psicológico (IGAP); y el índice medio de intensidad de las estrategias de acoso (IMAP). Para el presente trabajo se ha utilizado el IGAP, ya que nos da una medida global del grado de acoso sufrido frente a las otras medidas que se han considerado menos relevantes para la práctica clínica. Esta escala mide el grado y gravedad del caso en el momento de iniciar la terapia, no siendo utilizada para valorar la evolución tras el tratamiento.

Además de este índice, se consideraron una serie de variables clínicas utilizadas como variables dependientes para comprobar si se producía mejora o no en el tratamiento. Entre las variables clínicas se encuentra la depresión medida con el BDI (Beck *Depression Inventory* de Beck, Steer y Brown, 1996, adaptación española de Sanz Navarro y Vázquez, 2003). La escala consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta cuantificables de 0 a 3, lo que significa que la puntuación total puede variar de 0 a 63, considerándose el valor 20 como punto de corte para considerar la existencia de depresión moderada y de 29 para depresión grave.

Otra medida de variable dependiente se hizo a través de la *Symptom Check List 90* (SCL90R) (Derogatis y Melisaratos 1983, versión española de González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002) que evalúa el grado de *distrés* psicológico, mediante 90 preguntas que se contestan en una escala de tipo Likert de cinco valores, siendo 0 el indicativo de nada y 4 el de extremadamente o mucho. La escala aporta puntuaciones en nueve dimensiones: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, además de un índice referido al Malestar de Síntomas Positivos y un Índice de Severidad Global.

La última escala que se ha utilizado como variable dependiente ha sido el cuestionario *General Health Questionnaire* (GHQ, versión original de 93 ítems; Goldberg y Hillier, 1979). Este cuestionario se desarrolló como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico. En el presente trabajo se ha utilizado una versión reducida de 28 ítems, validada en España por Lobo, Pérez Echevarría, y Artal (1985). La escala aporta indicadores de cuatro sub-escalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Las puntuaciones de los ítems oscilan entre 0 y 3, por lo que la puntuación variará de 0 a 21 para cada una de las cuatro subescalas. Los descriptivos de cada una de las pruebas utilizadas se incluyen en la tabla 1.

### *Procedimiento*

El material protocolizado multicomponente utilizado consta de dos partes. Un primera parte para los terapeutas y una segunda que se entrega a los pacientes. El guión de los terapeutas recogía los objetivos generales de la terapia y una explicación con-

Tabla 1. Media y desviación típica de las variables pre y post tratamiento.

SCL-90-R	Media pre	DT pre	Media post	DT post
Somatización	2,09	1,13	1,58	0,95
Obsesión	2,46	1,25	1,56	0,90
Sensibilidad Interpersonal	2,15	1,08	1,48	1,08
Depresión	2,49	1,06	1,56	0,90
Ansiedad	2,35	1,16	1,48	1,08
Hostilidad	1,41	1,06	1,56	0,90
Fobia	1,39	1,31	1,43	1,02
Ideación paranoide	2,04	0,95	0,87	0,70
Psicoticismo	1,06	0,85	0,52	0,50
BDI	Media pre	DT pre	Media post	DT post
Depresión total	1,18	0,58	0,75	0,54
GHQ	Media pre	DT pre	Media post	DT post
Síntomas somáticos	2,12	0,67	0,89	0,40
Ansiedad e insomnio	2,01	0,88	0,83	0,52
Disfunción social	1,94	0,65	0,66	0,32
Depresión grave	1,35	1,11	0,46	0,62
Mobbing	Media pre	DT pre		
Índice IGAP	3,41	0,82		

ceptual sobre el *mobbing*. El material estaba estructurado por sesión. En cada una de ellas tenía los siguientes contenidos: el objetivo de la sesión, una descripción general de la técnica y un cronograma con los tiempos aproximados para cada contenido así como la técnica a desarrollar por cada terapeuta. En este tratamiento han intervenido tres terapeutas en sesión y dos supervisores. El material que se entregaba a los pacientes incluía un resumen de todo lo comentado por los terapeutas, ejercicios para casa relativos a la sesión, autorregistros y una fábula o cuento con mensajes alusivos al tema tratado (biblioterapia). El programa se desarrolló en diez sesiones que a continuación se detallan:

Sesión 0. *Presentación del Programa Multicomponente*. En esta sesión se expuso a los participantes la estructura de la terapia, a quién va dirigida y sus objetivos. Se trató de una sesión de formato libre, a la que pudieron asistir todas las personas interesadas, fueran o no a seguir la terapia. Se solucionaron todas las dudas y cuestiones planteadas sobre el futuro desarrollo de las sesiones.

Sesión 1. *Evaluación pre-tratamiento*. Entrevista inicial, posteriormente los sujetos cumplieron los diferentes cuestionarios y pruebas.

Sesión 2. *Introducción al tratamiento*. Se expusieron las características básicas del *mobbing*, aspectos psicológicos y efectos que produce; se fijaron los objetivos y las técnicas a utilizar. La sesión finalizó con entrenamiento en relajación basada en la respiración diafragmática (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2002).

Sesión 3. *Emociones, control y técnicas de relajación*. Se expuso el papel de las emociones en la vida de la persona, su gradiente y las relaciones entre las emociones, estados de ánimo y la conducta, y el efecto mantenido así como los efectos a causa del mantenimiento en el polo negativo de dichas emociones. Se realizaron prácticas en la sesión de relajación inducida y relajación en imaginación (Labrador et al., 2002).

Sesión 4. *Consecuencias psicósomáticas*. En esta sesión se plantearon las consecuencias y alteraciones psicósomáticas más frecuentes derivadas del *mobbing*, junto a las posibles

situaciones que podrían provocarlas, así cómo las técnicas para su afrontamiento. Para todo ello se manejaron las siguientes técnicas: técnicas de control estimular (Kanfer, 1980), parada de pensamiento (Cautela y Keany, 1986), higiene del sueño (Lacks y Roberst, 1968), autocontrol (Kanfer, 1980) y relajación (Labrador *et al.*, 2002).

Sesión 5. *Manejo de situaciones sociales y familiares*. La sesión 5 se utilizó para plantear los efectos negativos del mobbing respecto al deterioro de las relaciones familiares y sociales. Se trataron también las diferentes actitudes para mejorar y recuperar las relaciones afectadas, e incluso cómo obtener beneficios de éstas, en lugar de agravarlas. Todo ello se basó en las técnicas de control estimular (Kanfer, 1977).

Sesión 6. *Terapia cognitiva I*. Se comenzó la sesión con la reestructuración cognitiva, explicando los principios generales de dicha técnica: cómo afectan los pensamientos a la vida diaria, y el modo de cambiar los negativos por otros más positivos -Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grieger, 1981) y Terapia Cognitiva de Beck (Beck, 1976)

Sesión 7. *Terapia cognitiva II*. La sesión séptima es una continuación de la anterior. Los terapeutas se dedicaron a explicar el modo de detectar y afrontar individualmente, tanto los pensamientos negativos, cómo las situaciones que dificultan el bienestar diario. Para ello se trabajó con los pensamientos que aportaron los participantes en un autorregistro. En concreto, se utilizó la técnica de autoinstrucciones y la inoculación de estrés de Meichenbaum y Cameron (1987) y el entrenamiento en imaginación de Cautela y Kenny (1986)

Sesión 8. *Solución de problemas y toma de decisiones*. Se dedicó la sesión a la exposición de cómo analizar y encontrar solución a aquellos problemas que preocupaban a los miembros del grupo (D'Zurilla, 1986).

Sesión 9. *Revisión general, medidas post-test y prevención de recaídas*. Sesión de recopilación y resumen de las sesiones anteriores. Se realizaron las pruebas post-test de los cuestionarios iniciales (SCL90R, BDI y GHQ28) y se recogieron las opiniones y estados de los sujetos tras la terapia. Además se trataron los aspectos relativos a la prevención de posibles recaídas, explicación y modo de afrontamiento.

## RESULTADOS

Para poner a prueba el objetivo, es decir, para comprobar si existen diferencias significativas entre las variables clínicas evaluadas en el pre y el post tratamiento, evaluando por tanto, si el programa protocolizado de tratamiento cognitivo conductual diseñado específicamente para los problemas del mobbing ha ayudado es eficaz o no, se han realizado dos tipos de análisis estadísticos diferentes. El primero de ellos, la prueba de los signos de Wilcoxon con el fin de estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas. El segundo de los análisis “el tamaño del efecto” para comprobar la significación clínica (tabla 2). Todos los análisis se han realizado con el SPSS 14.0. La prueba de los signos para el SCL 90 R señala que han existido diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones a excepción de la dimensión de relaciones interpersonales ( $Z = -1.820$ ;  $p < .05$ ). Esto demuestra que la media en relaciones interpersonales no ha disminuido significativamente entre el pre y el post tratamiento, mientras que en el resto de dimensiones (somatización, obsesión, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, ideación paranoide y psicoticismo) si existen diferencias significativas, por lo que se ha producido una mejoría efectiva, al menos, en lo que respecta a las variables medidas por el SCL-90-R

Tabla 2. Prueba de los rangos con signo de Wilconxon (SCL-90-R). Basado en los rangos positivos.

SCL-90-R	Z	p
Somatización	-2.156*	.01
Obsesión	-2.10 *	.05
Sensibilidad Interpersonal	-1.820	.069
Depresión	-2.8 *	.017
Ansiedad	-2.100*	.06
Hostilidad	-2.264*	.024
Fobia	-2.201*	.028
Ideación paranoide	-2.527*	.012
Psicoticismo	-2.521*	.012
BDI	Z	P
Depresión total	-1.540	0.12
GHQ	Z	P
Síntomas somáticos	-2.8 *	.017
Ansiedad e insomnio	-2.52*	.012
Disfunción social	-2.56*	.011
Depresión grave	-2.207*	.027

\*p<0.05, \*\*p<0.01 y \*\*\*p<0.001

En el cuestionario BDI, la prueba de los signos no ha resultado significativa ( $Z = -1.540$ ;  $p < .05$ ), sin embargo y con respecto al GHQ la prueba de los signos de Wilconxon ha resultado significativa, demostrando que la media post-tratamiento ha disminuido significativamente frente a la media pre-tratamiento.

Además de estudiar si se ha producido un cambio estadísticamente significativo, se ha estudiado el tamaño de dicho cambio para valorar la significación clínica. Este tamaño del cambio es lo que los autores han venido denominando el tamaño del efecto (Chambless y Gillis, 1993 y Shapiro *et al.*, 1994) [media pre-media post/ DT pre]. Cohen (1998) propuso que valores por encima de 0.2 se consideran pequeños, por encima de 0.5 medianos y por encima de 0.8 se consideran grandes. En el presente estudio, tal y como se puede observar en la tabla 3, los valores oscilan entre medianos y grandes (a excepción de la escala de somatización que obtiene un tamaño del efecto pequeño).

## DISCUSIÓN

A la luz de los resultados obtenidos se puede afirmar que el objetivo planteado se ha cumplido, al mejorar los sujetos en la mayor parte de las medidas que se han llevado a cabo. Cabe destacar la amplia mejoría observada en todas las escalas del Cuestionario General de Salud (GHQ), que recogen los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la depresión. Asimismo, destaca la mejoría observada en las escalas del SCL-90R. Todas ellas, excepto la de sensibilidad interpersonal, alcanzan la significación estadística y el criterio de significación clínica.

La única variable que no ha reflejado un cambio significativo tras el tratamiento es la medida de depresión según el BDI, mientras que las otras dos medidas de depresión (las subescalas de depresión del SCL-90R y del GHQ) sí han demostrado una



Tabla 3. Tamaño del efecto.

SCL 90-R	
Somatización	0.45*
Obsesión	0.72**
Sensibilidad Interpersonal	0.62**
Depresión	0.87***
Ansiedad	0.79**
Hostilidad	0.6 **
Fobia	0.62**
Ideación paranoide	1.49***
Psicoticismo	1.08***
GHQ	
Síntomas somáticos	1.85***
Ansiedad e insomnio	1.4***
Disfunción social	1.96***
Depresión grave	0.86***

\* <0.2, tamaño pequeño  
 \*\* <0.5, tamaño medio  
 \*\*\* <0.8, tamaño grande

mejoría tanto estadística como clínicamente significativa. El hecho de que los cambios observados en la medida del BDI no hayan resultado significativos, puede ser debido a las propias características de la escala, dado que la mayor parte de los ítems de este cuestionario se refieren a aspectos cognitivos. Tal y como señalan Vázquez y Torres (2005), los cambios cognitivos necesitan un mayor período temporal para observar la mejoría clínica. Es posible que para observar los cambios a este nivel, se requiera además de un periodo más amplio de tiempo un mayor seguimiento, y apoyo, por parte del psicólogo.

Aunque no se ha utilizado ninguna medida para diferenciar los aspectos que puedan haber influido en la mejora de cada paciente, según se desprende de las opiniones de los propios pacientes, y la experiencia clínica de los terapeutas, los aspectos más influyentes en la mejora en los sujetos, han sido: a) la normalización de los efectos padecidos, debidos a su situación bajo la presión del *mobbing*; b) la inversión de la desesperanza en el futuro, por otra visión más positiva y menos amenazante; c) el cambio de los pensamientos negativos interfirientes en su devenir diario por otros más adaptativos; d) las técnicas de afrontamiento ante las situaciones problemáticas desarrolladas en las sesiones; y e) el apoyo social entre los miembros del grupo.

Merece especial atención considerar la ideación suicida detectada en dos pacientes, señalando que uno de ellos había llevado a cabo dos intentos en el pasado. La relación entre *mobbing* y suicidio ya fue señalada por Leyman (1996) como una cuestión a tener en cuenta. En este tratamiento grupal, la ideación suicida remitió, en el sujeto que solo presentaba ideación y se minimizó en el otro caso. Las causas de la remisión de las ideas autolíticas en el primero de estos sujetos podrían ser debidas a los efectos de la terapia y al cambio de cogniciones y actuaciones de cara al futuro. En el otro sujeto, además, debería considerarse el apoyo directo y personalizado que le prestaron los terapeutas, mediante el uso de los teléfonos y el correo personal.

Es necesario destacar también que la intervención se haya realizado de forma grupal frente a la opción de tratamiento individual. La perspectiva grupal mejora la relación coste-beneficio, permite a los sujetos aprender los unos de los otros aprendiendo distintas perspectivas de un mismo problema, fomenta la participación y la adherencia al tratamiento, favorece la normalización del problema, y promueve el apoyo y el refuerzo del grupo (Corey, 1995 y Morrison, 2001).

Desde el punto de vista de la investigación, el informe de la *Task Force* de la APA (1995) señaló la necesidad de desarrollar manuales protocolizados y demostrar la eficacia del tratamiento en una muestra homogénea. En este sentido el presente trabajo ha intentado cumplir estos dos criterios iniciales. Así mismo la *Task Force* indica que es necesario contar con el respaldo de al menos dos estudios de investigación distintos, con diseños experimentales intergrupales que tengan como mínimo 30 sujetos cada grupo. Evidentemente esta es la mayor limitación del presente trabajo, que debe considerarse sólo como una propuesta inicial y prometedora de intervención, y cuyos resultados deberían ser contrastados con los obtenidos, siguiendo el mismo protocolo, con otras muestras más amplias de pacientes de mobbing. En futuras investigaciones, se debería contar con un grupo control para poder concluir que los resultados obtenidos se deben en su totalidad al programa de tratamiento utilizado.

## REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2007). *Hoja informativa 23: Acoso moral en el trabajo*. Recuperado el 20 de noviembre de 2008, de <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/23/es/FACTSHEETSN23-ES>
- APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- APA (2002). *DSM.IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Beck AT (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck AT, Steer RA y Brown GK (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Casado FD (2004). Abordaje clínico y comprensión de un trastorno de estrés: el mobbing. *Apuntes de Psicología*, 22, 257-265.
- Cautela JR, Keany AJ (1986). *The Covert Conditioning Handbook*. New York: Springer.
- Chambless DL y Gillis MM (1993). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Chappbell D y Di Martino V (2006). *Violence at work*. Ginebra: OIT.
- Cohen J (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Corey G (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Derogatis LR y Melisaratos N (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- D'Zurilla TJ (1986). *Problem Solving Therapies*. New York: Springer

- Einarsen S (2000). Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Agression and Violent Behaviour*, 5, 374-401.
- Einarsen S y Hauge L (2007). Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22, 251-273.
- Ellis A y Grieger R (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fidalgo AM y Piñuel I (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16, 615-624.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (2008). *Third European Working Conditions Survey*. Recuperado el 20 de noviembre de 2008, de [http://www.eurofound.ie/working/3wc/3wc31\\_3.htm](http://www.eurofound.ie/working/3wc/3wc31_3.htm).
- Goldberg DP y Hillier VF (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- González de Rivera JL (1997). El trastorno por mediocridad inoperante activa (Síndrome MIA). *Psiquis*, 18, 229-231.
- González de Rivera JL (2002). *El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Madrid: Espasa Calpe.
- González de Rivera JL, De las Cuevas C, Rodríguez M y Rodríguez F (2002). *Cuestionario de síntomas SCL-90-R de Derogatis*. Adaptación española. Madrid: TEA.
- González de Rivera JL, Silva JA y López G (2003). La valoración médico-legal del mobbing o acoso laboral. *Psiquis*, 24, 5-12.
- Kanfer FH (1980). Self Management Methods. En FH Kanfer y AP Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 178-198). Nueva York: Pergamon.
- Labrador FJ, De la Puente M y Crespo M (2002). Técnicas de Control de la Activación; Relajación y Respiración. En FJ Labrador, JA Cruzado y M Muñoz (Eds.) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lacks P y Robert M (1986). Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and poor sleepers. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 365-368.
- Leymann H y Gustafsson B (1984). *Psychological violence at work places. Two explorative studies*. Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.
- Leyman H (1996). *Vuxenmobbing-om psykisk vald I arbetslivet* [Mobbing-psychological violence at work place]. Lund: Studentlitteratur.
- Lobo A, Pérez-Echevarría MJ y Artal J (1985). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Meichenbaum D y Cameron R (1987). Entrenamiento en inoculación de estrés: Hacia un paradigma general de entrenamiento en habilidades de afrontamiento. En D Meichenbaum y ME Jaremko (Eds.), *Prevención y reducción de estrés* (pp. 139-156). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mikkelsen EG y Einarsen S (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of work and Organizational Psychology*, 11, 87-111.
- Mikkelsen, EG y Einarsen S (2006). Psychological rehabilitation positively affects victims' health and well being. Trabajo presentado en el 5th International Conference on Bullying and Harassment in the workplace, Dublin, Irlanda.
- Moreno Jiménez B y Rodríguez Muñoz A (2006). Número monográfico sobre acoso psicológico en el

- trabajo: una perspectiva general. *Revista de Psicología del Trabajo*, 22, 245-249.
- Morrison N (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
- Olmedo M y González P (2006). La violencia en el ámbito laboral: la problemática conceptualización del mobbing. Su evaluación. Prevención y tratamiento. *Acción Psicológica*, 4, 107-128.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Piñuel I (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.
- Piñuel I (2005). *El Informe Cisneros V*. Recuperado el 20 de noviembre de 2008, de <http://www.acosomoral.org/pdf/informeCisnerosV>.
- Quine L (1999). Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey. *British Medical Journal*, 18, 229-232.
- Rial González E (2004). La prevención del acoso moral en el trabajo. En A Osca (Ed.). *Prácticas del Psicología del trabajo y de las Organizaciones* (pp. 105-113). Madrid: Sanz y Torres.
- Sanz J, Navarro ME y Vázquez C (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Shapiro D, Barlham M, Rees A, Hardy G, Reynolds S y Startup M (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 522-534.
- Vázquez A y Torres FJ (2005). Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44
- Veronese G (2006). Clínica del mobbing: una prospektiva contestuable. *Terapia familiares*, 81, 17-33.
- Zapf D, Komrz C y Kull M (1996). On the relationships between mobbing factors, and job content, the social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 215-237.

Recibido, 15 enero, 2008

Aceptado, 5 marzo, 2009