

ACOSO LABORAL: ¿ESTÁN TRATANDO REALMENTE DE HACER DAÑO A SU PACIENTE?

Considerar que el comportamiento hostil de los compañeros podría ser la causa de síntomas paranoicos.

Señor G, 46 años, trabaja para una agencia del gobierno en un puesto intermedio de gestión. Acude a la consulta buscando tratamiento para el insomnio. Dice: “Yo sólo necesito una pastilla para dormir. No he podido dormir en los últimos 3 meses porque todo el mundo en el trabajo está hablando a mis espaldas y están difundiendo rumores de que estoy loco. Mi jefa también está metida en esto. Ella siempre está tratando de hundirme y hace un mundo de cada pequeño error que cometo”

El señor G es suspicaz, hace preguntas sobre la confidencialidad de la consulta médica. Su discurso es rápido y está ansioso pero presenta un amplio rango de afecto y no presenta discurso bajo presión ni fuga de ideas. El Sr. G describe insomnio precoz, medio y de última fase, disminución de la energía y del interés así como ganancia de 4,5 kilos en los últimos 3 meses. Admite poseer un arma y tener frecuentes pensamientos de suicidio además de fantasías acerca de matar a su jefe, aunque el Sr. G afirma repetidamente que nunca llevaría a cabo esos pensamientos. Hace una semana, su mujer se marchó a casa de sus padres porque, según dice, “no me podía soportar por más tiempo”.

Yo considero la hospitalización involuntaria para el señor G. Contacto con su mujer quien está de acuerdo en llevarle al hospital, pasar la noche con él y volver a la consulta con él por la mañana. Como la única medicación que el Sr. G está dispuesto a considerar son las pastillas para dormir, le prescribo flurazepan.

El señor G estaba aparentemente paranoico, pensando en matar a su jefe y con un arma. Si su mujer no hubiera contestado el teléfono ni hubiera venido a hablar conmigo, el señor G podría haber sido ingresado en un hospital psiquiátrico en contra de su voluntad. Posteriores entrevistas con él revelaron que el señor G había sido objeto de acoso en su lugar de trabajo y que su insomnio y su paranoia eran debidas a una deliberada campaña de sus compañeros en su contra.

Este artículo trata de cómo reconocer síntomas de mobbing, utilizando la experiencia del señor G para ilustrar la dinámica del comportamiento de este grupo. **Un profesional de salud mental informado, puede ser de enorme ayuda para una víctima de mobbing, pero un profesional desinformado puede inconscientemente empeorar la situación.**

Acoso laboral: ¿Con qué frecuencia ocurre?

En 1990 Leymann estimó que el 3.5 % de la población trabajadora sueca había sido víctima de mobbing. Otros estudios europeos han estimado una prevalencia de entre el 4 al 15 %. Estos estudios concluyen en que pueden verse afectados todos los grupos de edad, pero el desarrollo de TEPT (trastorno de estrés postraumático) es más común entre las víctimas mayores de 40 años. Ambos sexos tienen el mismo riesgo.

¿Qué es el mobbing?

La mayoría de las veces se inicia por una persona en posición de poder o influencia. El mobbing se ha descrito como “una necesidad desesperada para aplastar y eliminar el objetivo. Según la campaña progresa, una serie de maniobras y comunicaciones hostiles cada vez mayores llegan a legitimizarse”. Este patrón de comportamiento ha sido reconocido en Europa desde 1980 aunque no está bien reconocido en Estados Unidos.

Davenport y colaboradores llevaron este fenómeno y sus consecuencias a la atención pública americana en 1999 con la publicación de *Mobbing: abuso emocional en el lugar de trabajo americano*. A parte de eso, poca literatura profesional se ha producido en Estados Unidos.

Una búsqueda en PubMed bajo el término “mobbing” limitada entre 1982 y Octubre del 2008, arroja 95 resultados, excluidos aquellos que tratan puramente con la etología, solamente 1 informe es de Estados Unidos, aunque estudios de fuera de EEUU indiquen que el mobbing es relativamente común.

El término mobbing fue acuñado por Leymann, un psicólogo del trabajo que investigó la psicología de los trabajadores que habían sufrido traumas severos. Observó que algunas de las reacciones más severas estaban entre los trabajadores que habían sido diana de “una vehemente campaña colectiva para excluir, humillar o castigarles”.

Muchos investigadores utilizan el término mobbing para describir un ambiente laboral negativo, creado por algunos individuos trabajando juntos. Sin embargo otros investigadores como Namie et al utilizan el término bullying para describir un ambiente laboral hostil creado por un solo individuo, usualmente el jefe, o un número de individuos.

CONTINUACION DEL CASO.

Porqué primero yo pensé en “paranoia”

Durante nuestra primera entrevista el señor G dijo que 6 meses antes de buscar tratamiento había informado acerca del abuso indebido de propiedades del gobierno por parte de su jefe supervisor. El caso fue investigado y desestimado. Aunque la jefe del señor G nunca confrontó con él la queja, al poco tiempo el señor G empezó a notar cambios perturbadores en su lugar de trabajo.

Su supervisora no contestaba a las llamadas y los mail del señor G y evitaba encontrarse con él. En vez de eso, se reunía con los subordinados del señor G. Los subordinados comenzaron a ignorar las instrucciones del señor G y desviaban la mirada o no atendían cuando él hablaba. Sus compañeros se callaban cuando él se acercaba y comenzó a recibir correos electrónicos anónimos cuestionando su capacidad y su cordura. Fue reprendido por escrito por haber cometido un error matemático de 9 dólares en una solicitud de reembolso de gastos.

Cuando el señor G abordó con su superior el clima laboral, ella expresó que él estaba “paranoico” y necesitaba visitar a un psiquiatra.

Cuando la esposa del señor G le acompaña a la segunda consulta, ella confirma sus impresiones de confinamiento y cotilleo en el trabajo. Ella también relata sus experiencias con compañeros de su marido que previamente habían sido amigables pero que ahora eran distantes y hostiles. El señor G me muestra copias de e-mails del trabajo acosadores. Le digo que creo en su historia y le diagnostico de un TEPT. Comienza con una terapia cognitiva de apoyo y continúa con flurazepan.

Síndrome Mobbing

El señor G no era paranoico. Sus compañeros estaban realmente acosándole.

Leymann agrupó 45 comportamientos de mobbing en 5 categorías organizadas como ataques a:

- la propia expresión y a la posibilidad de comunicarse (la víctima es silenciada, sujeta a ataques verbales)
- relaciones sociales (los colegas no hablan con la víctima la víctima es físicamente aislada de los otros)
- reputación (la víctima es la diana de cotilleos y de la ridiculización)
- situación ocupacional (se le dan tareas insignificantes o sin sentido o se le quita todo el trabajo)
- salud física (se le asignan tareas peligrosas, se le amenaza con daño físico o es atacado psicológicamente)

Davenport y cols. Identificaron 5 fases en el proceso de mobbing y definieron 3 grados en su evolución.

Fases del mobbing:

1. conflicto, a menudo caracterizado por un incidente crítico.
2. Actos agresivos (definidos por Leymann en 45 ítems)
3. Participación de la dirección
4. Señalado como difícil o como enfermo mental.
5. Resignación o expulsión del lugar de trabajo.

Grados del mobbing:

Primer grado: la víctima consigue resistir, escapa en un estadio precoz o es completamente rehabilitada en su lugar de trabajo o en cualquier otro.

Segundo grado: la víctima no puede escapar inmediatamente o resistir y sufre incapacidad temporal o prolongada física o mental y tiene dificultad en reincorporarse al mercado laboral.

Tercer grado: la víctima es incapaz de reincorporarse al mercado laboral y sufre serios y duraderos trastornos físicos y mentales.

Factores de riesgo de mobbing

De acuerdo con Leymann no hay factores de personalidad que predispongan a ser acosado. Westhues y otros, sin embargo, identifican una variedad de factores sociales de riesgo que incluyen cualquier factor que diferencie un individuo de otros miembros en su entorno laboral, tales como:

- Diferente etnia
- Personalidad distinta o “rara”
- Alta capacidad o grandes logros.

Las organizaciones con metas poco claras o excesivo recambio en los puestos directivos pueden ser facilitadoras de conductas de mobbing. Se identifican tres organizaciones laborales con especial riesgo como son educación, estado y organizaciones religiosas.

Morbilidad secundaria

Las víctimas de mobbing frecuentemente sufren de:

- Trastornos adaptativos
- Síntomas somáticos (ej. dolores de cabeza, colon irritable...)
- TEPT
- Depresión mayor (a menudo con ideación suicida)

En sujetos con TEPT como consecuencia del mobbing, Leymann describe que “los efectos mentales son plenamente comparables a los efectos de la guerra o a las

experiencias en un campo de concentración”. Algunos pacientes pueden desarrollar alcoholismo u otros trastornos de abuso de sustancias. También sufren las relaciones familiares. Algunas víctimas incluso pueden incluso desarrollar breves episodios psicóticos, generalmente con síntomas paranoicos.

Leymann estimó que el 15 % de suicidios en Suecia podían ser directamente atribuidos a acoso laboral. Aunque ningún otro investigador ha informado de tal dramática proporción, otros han informado de un incremento del riesgo de suicidio entre las víctimas de mobbing.

CONTINUACION DEL CASO CLÍNICO

Cuando volví a ver al señor G pasados unos 3 meses, las hostilidades en su oficina persistían. Por ejemplo había recibido una reprimenda por llegar 10 minutos tarde después de haberse dormido cuando comenzó el tratamiento con el flurazepan, que continuó tomando durante 6 semanas más sin más demoras. Yo animé al señor G a retirar energía de su trabajo manteniendo un bajo perfil de actividad e intentar no reaccionar a las provocaciones. En su lugar, le aconsejé volcar la energía en las actividades familiares y que intentara encontrar un nuevo trabajo.

A los 3 meses, el señor G había encontrado un nuevo trabajo en el sector privado, con un sueldo similar, aunque con menos primas. Pasados 6 meses, todavía seguía con su mujer, había sido promocionado en el nuevo trabajo, había perdido los kilos que había engordado, había terminado la psicoterapia y estaba durmiendo bien sin medicación. El informaba que seguía pensando “casi todos los días” en lo que había sucedido en su anterior trabajo pero procuraba decirse a sí mismo “todo salió bien después de todo”.

El señor G había experimentado un acoso laboral de primer grado relativamente leve aunque ello había supuesto un efecto sustancial en su calidad de vida y la de su mujer durante casi 1 año. Si yo hubiera seguido mi primer impulso y hubiera hospitalizado en contra de su voluntad al señor G tras nuestra primera entrevista, esto hubiera confirmado los rumores en su oficina y probablemente habría provocado una escalada en las conductas de acoso.

Recomendaciones diagnósticas

Considerar la posibilidad de que individuos aparentemente paranoicos pudieran estar siendo objeto de conductas de acoso laboral y no subestimar el estrés psicológico provocado en la víctima de mobbing.

Pedir a los pacientes que presenten evidencias de conspiración o acoso. Generalmente estos pacientes están dispuestos a llevar grandes cantidades de material. Tener presente que cuando un sujeto es acosado durante un largo periodo, aunque no sea inicialmente paranoide, es frecuente desarrollar suspicacia secundaria o incluso franca paranoia.

También hay que considerar la posibilidad de “pseudomobbing” en la que un sujeto cree erróneamente que él o ella está siendo víctima de acoso laboral.

El mobbing es un estresor serio que puede dirigir a morbilidad psiquiátrica y médica e incluso al suicidio. La depresión mayor, a menudo con ideación suicida, está frecuentemente asociada.

Puede ignorarse un diagnóstico de TEPT si una víctima de mobbing no parece haber sido sometida a suficiente y severo estrés para cumplir los criterios de TEPT.

Recomendaciones terapéuticas

Primero, no hacer daño: No permitirse a sí mismo ser utilizado por el mobbing. Este proceso puede ser directo- como en el caso del señor G, donde el paciente estaba casi involuntariamente entregado- o sutil. Por ejemplo, una persona que tú conoces puede describir el comportamiento de “alguien en el trabajo” y tú puedes estar tentado de responder. “Bueno, yo no he examinado a esta persona pero por lo que dices, suena como si fuera...” Tú podrías entonces ser citado como el psiquiatra que está de acuerdo en que la persona es paranoide.

Dar a tu paciente un nombre para lo que le está sucediendo puede ser la mayor intervención terapéutica. Generalmente los pacientes no han oído hablar del mobbing. Típicamente están confundidos y pueden culpabilizarse.

Trata a la familia del paciente. Dar el nombre de lo que está sucediendo a la pareja del paciente es casi siempre de utilidad. Un tercio de la víctimas de mobbing sufren la rotura de sus relaciones durante el curso del mobbing, lo que puede crear un círculo vicioso de estrés que dirige al aislamiento, lo que a su vez genera más estrés. Animar al paciente a no someter a la pareja a sus repetidas rumiaciones sobre los insultos en el trabajo.

Tratar los síntomas secundarios de depresión, ansiedad, TEPT u otras secuelas con farmacoterapia, psicoterapia o una adecuada combinación. Derivar a los pacientes con síntomas somáticos para evaluación.

Animar a tu paciente a visualizar formas de escapar de la situación. Frecuentemente los pacientes se bloquearán “luchando por la justicia” o tolerando la situación porque no ven opciones.

Animar al paciente a ahorrar energía del trabajo e invertir en la familia, en la vida social o cualquier otra cosa. En el momento apropiado, animarle a lamentar las pérdidas experimentadas como resultado del mobbing.