

RELACIÓN ENTRE ACOSO LABORAL Y ESTRÉS. INCIDENCIA EN EL COLECTIVO SANITARIO.

*“La mejor manera de vivir la vida es aceptar la adversidad
como si la hubieras deseado” (Séneca).*

*Trabajo Fin de Grado Relaciones Laborales y Recursos Humanos Curso 2012/13
Alumna: **María Lourdes Cantón Murciego**
Título: **Relación entre acoso laboral y estrés. Incidencia en el colectivo sanitario**
Tutor: **Anastasio Ovejero Bernal**
Valladolid, 23 de Julio 2013*

RELACIÓN ENTRE ACOSO LABORAL Y ESTRÉS.

INCIDENCIA EN EL COLECTIVO SANITARIO.

ÍNDICE:

1. Introducción.
2. EL Estrés.
 - 2.1. Concepto.
 - 2.2. Elementos.
 - 2.3. Fases.
 - 2.4. Agentes estresantes.
 - 2.5. Síntomas.
 - 2.6. Tipos.
 - 2.7. Consecuencias.
 - 2.8. Niveles.
 - 2.9. Tratamiento del estrés.
3. El estrés laboral.
 - 3.1. Concepto.
 - 3.2. Causas.
4. Síndrome de Burnout o síndrome del “quemado”
 - 4.1. Concepto.
 - 4.2. Síntomas.
 - 4.3. Tipos de trabajo más vulnerables.
 - 4.4. Características personales que favorecen el Burnout.
 - 4.5. Evolución.
 - 4.6. Fases.
 - 4.7. Evaluación.
 - 4.8. Síntomas.
 - 4.9. Recomendaciones para “no quemarse”.

5. Mobbing o acoso psicológico en el trabajo.
 - 5.1. Concepto.
 - 5.2. Tipos.
 - 5.3. Agentes intervinientes.
 - 5.4. Cómo se lleva a cabo el Mobbing.
 - 5.5. Datos epidemiológicos.
 - 5.6. Cómo reconocer y evaluar el Mobbing. Barómetro Cisneros.
 - 5.7. Víctimas y acosadores. Nivel individual de Mobbing.
 - 5.8. Nivel interpersonal y grupal.
 - 5.9. Nivel organizacional.
 - 5.10. Nivel social.
 - 5.11. Síntomas.
 - 5.12. Fases del acoso laboral (Leymann)
 - 5.13. Estrategias de afrontamiento.
6. Relación entre acoso laboral y estrés. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).
 - 6.1. Introducción.
 - 6.2. Concepto.
 - 6.3. Síntomas del TEPT.
 - 6.4. Criterios para el diagnóstico del TEPT.
 - 6.5. Factores.
 - 6.6. Consecuencias biológicas : Daño cerebral.
 - 6.7. Datos epidemiológicos.
 - 6.8. Tratamiento del TEPT.
 - 6.9. Conclusiones.
7. Estrés laboral, síndromes relacionados y su incidencia en el colectivo sanitario.
 - 7.1. Estudio de las condiciones de trabajo en el ámbito sanitario, relacionadas con otros sectores de actividad. Análisis estadístico.
8. Legislación.
9. Conclusiones.
10. Competencias adquiridas.
11. Bibliografía.

1.- INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual que vivimos, los nuevos conocimientos físicos, químicos y biológicos, han hecho que la humanidad avance y mejore la calidad de vida, se han desarrollado nuevas energías, se han aplicado nuevos métodos y tecnologías, se ha aumentado la productividad, pero a su vez, esto ha tenido su contrapartida, con el desarrollo de las nuevas actividades laborales, también se han originado lesiones, fatigas físicas y psicológicas que no eran conocidas, por lo que se comenzó a estudiar la relación que existe entre la salud y el trabajo que se realiza, creando la medicina del trabajo.

Todos estos cambios tienen su reflejo en la cultura del trabajo y en la perspectiva con que los trabajadores abordan su actividad laboral, sus valores y sus derechos.

El desarrollo de la tecnología de la información, ha hecho que muchos trabajadores mayores, se hayan visto relegados en sus puesto de trabajo, la creciente competencia, y la liberalización de los mercados internacionales, ha conllevado a una presión creciente sobre la productividad, con un reajuste de los valores humanos y sociales.

La evolución ha traído consigo que cada vez sean menos las exigencias físicas para los trabajadores, que han sido suplidas por las máquinas y han surgido nuevas exigencias mentales y adaptativas, ligadas a los nuevos contenidos y organización del trabajo.

La mecanización y la división del trabajo, la incorporación de nuevas fuentes de energía, el ritmo de trabajo, la complejidad de la tarea, etc., generan una carga mental con efectos nocivos sobre la salud de los trabajadores, que además, generalmente, influyen en la vida familiar y social.

Los cambios asociados a la organización del trabajo, normalmente están vinculados, a la intensificación y aumento de la productividad, o lo que es lo mismo, a un aumento de las exigencias sobre los trabajadores, esto hace que incida en la conducta de los trabajadores, afectando a los llamados riesgos psicosociales, entre los que, se destacan los relacionados con el estrés laboral, la violencia en el lugar de trabajo, y el acoso psicológico.

Las exigencias de la sociedad competitiva en la que nos movemos conlleva en muchas ocasiones a asumir más responsabilidades de las que podemos cumplir, pagando un alto precio por cumplir esos roles.

Hasta hace no mucho tiempo cuando se hablaba de riesgos laborales, se consideraba como tal, los derivados de la construcción, mineros, industria química... es decir aquellos riesgos que en principio se ven como habituales, pero se ha comprobado que existen otros, más complicados de detectar y de evaluar, que tienen serios riesgos para la salud como son el estrés laboral, y síndromes asociados.

El estrés laboral se puede definir como un proceso de relación entre el sujeto y el entorno, y se produce cuando dicha relación se percibe como amenazante y desbordante de los propios recursos y pone en peligro el bienestar o la salud personal.

Todos podemos sufrirlo en mayor o menor medida, pero algunos individuos tienen más riesgo de padecerlo en función de cuales sean sus rasgos de personalidad.

Según la Comisión de la UE (2000) el estrés laboral se define como “Conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ante ciertos aspectos nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”.

Los principales síndromes relacionados con el estrés laboral son:

- ❖ Mobbing o acoso en el trabajo.
- ❖ Síndrome de burnout o de “estar quemado”.
- ❖ Workaholic o adicción al trabajo.
- ❖ Los síndromes relacionados con la introducción y utilización continuada de las nuevas tecnologías:
 - Tecnoestrés o estrés producido o asociado al empleo de nuevas tecnologías.
 - Tecnofobia o temor a la utilización de las nuevas tecnologías.
 - Tecnoadicción o adicción a las nuevas tecnologías.
 - Síndrome de Fatiga Informativa o de sobresaturación de información.

Circunstancias y situaciones como las relaciones interpersonales en el trabajo con compañeros problemáticos, sobrecarga de trabajo, aburrimiento, doble jornada laboral en madres trabajadoras, trabajo a turnos y horarios nocturnos, precariedad en el empleo, ...etc. , pueden provocar estrés laboral, que si no se afronta adecuadamente puede ser muy perjudicial para la salud del trabajador.

Algunos colectivos son especialmente sensibles al estrés laboral, como es el sanitario, ya que influyen no solo factores extrínsecos, como las condiciones del entorno físico del trabajo, la organización del trabajo, el exceso de competitividad entre los profesionales, y/o la insuficiencia de recursos, sino también factores intrínsecos como puede ser el contacto continuado con dolor físico, y la muerte, el contacto continuado con el miedo y la angustia, la masificación de la actividad sanitaria, la angustia por formación insuficiente y las relaciones que se establecen entre médico y paciente. Y más específicos serían las características del propio individuo, por su orientación humanitaria, que en muchas ocasiones produce desencanto por una importante carga de idealismo, rutina del trabajo diario, falta de reconocimiento, y específico de situaciones que pueden darse ante situaciones derivadas de la actividad diaria, como pueden ser crisis de ansiedad en Psiquiatría, muertes en Cuidados Intensivos, Incertidumbre en Atención Primaria, Urgencias, etc...

2. EL ESTRÉS.

2.1. Concepto.

Los orígenes y etimología de la palabra estrés se remontan al latín “stringere”, que significa oprimir, apretar, tensión o provocación de la tensión. Asimismo, en francés el término se refiere a estrechar, a un sentimiento de abandono o soledad o de impotencia (González y González, 2005).

En 1966, Lazarus sugirió el término estrés como un término utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal (Lazarus y Folkman , 1986).

Sin embargo el término estrés fue introducido por el médico fisiológico Hans Selye en el año 1976, definido como “aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda, sea cual sea física, psicológica, o emocional, sin importar si esta es buena o mala”, refiriéndose a las reacciones ante estímulos tanto psíquicos, como físicos, involucrando procesos normales de adaptación o “eustress”, así como anormales o “distress”(Monat y Lazarus, 1991).

Otra definición se refiere al estrés como exigencia que produce un estado de tensión o amenaza y que exige un cambio de adaptación (Morris, 1992). Por otro lado, para Lazarus y Folkman (1986), el estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno, siendo este último, evaluado por el sujeto como amenazante y por lo tanto peligroso para su bienestar. Asimismo, enfatizan dos procesos básicos relacionados con las manifestaciones del estrés, los cuales son la evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento.

El estrés se inicia ante un conjunto de **demandas ambientales** que recibe el individuo, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus **recursos de afrontamiento**.

Cuando la demanda ambiental (laboral, social, etc.) es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento que posee el individuo, desarrollará una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica.

La ansiedad está íntimamente relacionada, es una respuesta emocional estrés. Las sensaciones más frecuentes que sufren estas personas son dificultades gastrointestinales, palpitaciones, temblor, hormigueos o entumecimiento, suspiros, sudoración, obsesión en los pensamientos ,sensación de ahogo o de

atragantamiento, dificultades en la concentración, atención y memoria, sensación de mareo, vértigo o inminente desmayo, exceso de energía, miedo, presión en el pecho y náuseas.

El estrés es una respuesta de nuestro organismo cuando creemos que las demandas del medio ambiente exceden a nuestras posibilidades.

Tiene su origen en la activación del hombre primitivo de supervivencia: Amenaza, peligro, daño, pérdida...

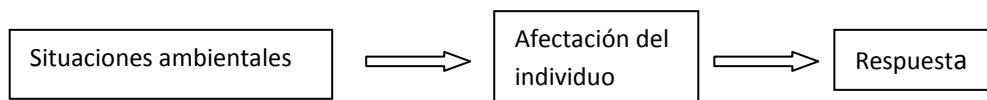
El estrés no siempre es negativo, el estrés positivo también llamado “eutres”, nos permite obtener un mayor rendimiento y mayor probabilidad de conseguir nuestras metas con éxito. Actúa como capacidad de reacción. Cada individuo tiene un nivel óptimo de estrés para alcanzar un grado de activación necesario y tener un buen rendimiento. Que el estrés sea nocivo depende de la intensidad, duración y del modo en que se afronta.

El estrés disfuncional o negativo, también llamado “distrés”, merma el rendimiento, es causado más por las vivencias subjetivas negativas que por la tarea a desarrollar. Paraliza a la persona y resulta especialmente perjudicial para la salud.

El estrés positivo se activa por la tarea a realizar y mejora nuestro rendimiento (si se mantiene por un largo periodo en el tiempo puede ser nocivo)

El estrés negativo se activa por la vivencia subjetiva del individuo (“no voy a ser capaz”, “nunca lo hago bien”, “estoy cansado”).

2.2. Elementos del estrés



- A) Las **demandas de las situaciones ambientales**: los agentes estresantes
- B) La **persona** sobre la que influyen dichas situaciones y que las considera perjudiciales o desafiantes, y, por tanto, que le superan.
- C) Las **respuestas del individuo** al estrés, tanto emocionales como biológicas.

2.3. Fases del estrés

1ª FASE. Alarma

- o Alerta general
- o La persona se siente desbordada por las exigencias del entorno.
- o Aparecen cambios para contrarrestar las demandas generadas por el agente estresante
- o Sintomatología fisiológica: taquicardia, tensión muscular, cierta dificultad para respirar, variaciones de la temperatura, cambios en la tensión etc.

2ª FASE. Fase de resistencia o adaptación

- o Desaparecen los síntomas
- o Se produce una cierta pseudoadaptación a la sobre exigencia al acostumbrarse a vivir con el sobreesfuerzo.

3ª FASE. Fase de agotamiento

- o El estrés de las dos etapas anteriores “pasa factura”
- o Disminuyen las defensas
- o La persona se agota y derrumba, fallando sus estrategias adaptativas.
- o Síntomas de ansiedad se amplían (cantidad, intensidad y duración): semejantes a los de la fase de alarma
- o Se impone tomar medidas para superar el estrés.

2.4. Agentes Estresantes.

<u>Ámbito</u>	<u>Agentes</u>
Familiar	Entorno familiar alterado, gritos, ruidos,... Alteraciones en la relación de pareja Problemas de salud de algún miembro Hijos problemáticos Cuidado de algún familiar...etc
Laboral	Experiencia del trabajador Contenido del trabajo Relaciones interpersonales (clima laboral) Factores relacionados con el desarrollo profesional
Social	Forma de vida, vivir en un sitio alejado Vivir en la ciudad: tráfico, prisas, ... Estar inmerso en procesos judiciales...etc...
Personal	Rasgos de personalidad del individuo, introversión, inseguridad, competitividad...

2.5. Los síntomas característicos de una situación de estrés.

- **Cognitivos** : Expectativas negativas, disminución de la atención y concentración, olvidos frecuentes, valoración subjetiva y distorsionada de los hechos, incapacidad para tomar decisiones, bloqueo mental, vulnerabilidad ante las críticas, confusión.
- **Respuestas fisiológicas:** Dolores de cabeza de origen tensional, molestias y dolores a nivel osteomuscular, como lumbalgias o cervicalgias , consecuencia de la tensión muscular mantenida, molestias gastrointestinales , digestiones pesadas, gases, gastritis, acidez de estómago, estreñimiento o diarrea, náuseas, etc. hipertensión arterial, dolores generalizados vagos, difusos y cambiantes, fatiga y cansancio generalizados que superan al que se correspondería con el nivel de actividad desarrollado por el sujeto, trastornos del sueño, sensación de mareo...
- **Respuestas emocionales,** como la ansiedad (estado de inquietud y nerviosismo) por intentar satisfacer las **demandas** (laborales, familiares, etc...), pérdida de la energía física o psíquica, bajo estado de ánimo, apatía, pesimismo, temor a padecer enfermedades, pérdida de la autoestima, inestabilidad emocional, inquietud, tensión.

- **Respuestas conductuales:** inquietud, o quedarse paralizado, hablar demasiado rápido, tartamudear o balbucear, tics, tirarse del pelo, etc., comer en exceso, incluso a veces compulsivamente, o rechazar la comida por pérdida de apetito, conductas de ira, rabia o llanto, las actividades cotidianas se realizan con un menor entusiasmo, aumento de la probabilidad de absentismo laboral, abuso de sustancias...

2.6. Tipos de estrés

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. No perdura en el tiempo. Ejem. Atravesar los rápidos de un río, realizar varios exámenes en un día...

El estrés agudo episódico cuando se padece el estrés agudo con mucha frecuencia, Es típico de personas que siempre van con prisas a los sitios, pero siempre llegan tarde. Suelen ser personas agitadas, irritables, ansiosas y tensas. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Suelen describirse como personas con "muchísima energía nerviosa". Tienden a ser cortantes y a veces su irritabilidad se transmite como hostilidad. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas.

Otra forma de estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante. Suelen ser personas pesimistas que piensan siempre que va a ocurrir lo peor.

A menudo, el estilo de vida y los rasgos de personalidad están tan arraigados y son habituales en estas personas que no ven nada malo en la forma cómo conducen sus vidas. Culpan a otras personas y hechos externos de sus males.

El **estrés crónico**, estrés prolongado en el tiempo, este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones.

Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente. Algunas experiencias afectan profundamente la personalidad. Se genera una visión del mundo, o un sistema de creencias, que provoca un estrés interminable para la persona (por ejemplo, el mundo es un lugar amenazante, las personas descubrirán que finge lo que no es, debe ser perfecto todo el tiempo). Cuando la personalidad o las convicciones y creencias profundamente arraigadas deben reformularse, la recuperación exige el autoexamen activo, a menudo con ayuda de un profesional.

El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés.

2.7. Consecuencias del estrés

- **Alteraciones emocionales**, sensaciones de ansiedad, rabia, irritabilidad, depresión y culpabilidad. La sensación de ansiedad y depresión, son alteraciones emocionales prevalentes, siendo la ansiedad una emoción anticipatoria y la depresión una emoción que se produce después de esfuerzo de afrontamiento.
- **Alteraciones cognitivas**, pensamiento confuso, memoria olvidadiza, falta de concentración, preocupación y auto-evaluación negativa. Pérdida de atención, alteración de la capacidad de tomar decisiones.
- **Alteraciones fisiológicas**, hiperactividad, cuando la actividad parasimpática es sostenida, las hormonas y vísceras hiperactivas provocan la alteración fisiológica. Estudios realizados por Seyle en 1956, mostraron que el estrés crónico producen un incremento de las glándulas adrenales y una reducción del tamaño de las glándulas linfáticas.

2.8. Niveles de estrés.

La escala de estrés de Holmes y Rahe es una lista de 43 acontecimientos estresantes en la vida que pueden contribuir a que las personas desarrollen una enfermedad.

En 1967, los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe examinaron los registros médicos de más de 5.000 pacientes como una forma de determinar si los eventos estresantes pueden provocar enfermedades. A los pacientes se les pidió que rellenasen una lista de 43 acontecimientos estresantes de la vida sobre la base de una puntuación relativa, encontrándose que existe una correlación positiva de 0,118 entre los eventos de sus vidas y sus enfermedades. Aunque el valor de correlación es bastante bajo, el número de pacientes tratados (5.000) hace que sea significativo y sirva, por tanto, como punto de partida en la búsqueda de traumas emocionales asociados a la dolencia.

Sus resultados fueron publicados en la **Escala de Reajuste Social (SRR)** más conocido como **Escala de Estrés Holmes y Rahe**. Validaciones posteriores ha apoyado los vínculos entre el estrés y la enfermedad.

La lista es una relación de situaciones y puntos con la siguiente interpretación:

Puntuación 300 +: En riesgo de enfermedad.

Puntuación de 150 a 299 +: Riesgo de enfermedad moderado.

Puntuación 150 -: Sólo tiene un pequeño riesgo de enfermedad.

ESCALA DE ESTRÉS DE HOLMES Y RAHE

Lista para adultos	Lista para no adultos
La muerte de un cónyuge 100	Casarse 100
Divorcio 73	El embarazo fuera del matrimonio 100
Separación matrimonial 65	La muerte del padre 100
Prisión 63	El divorcio de los padres 90
La muerte de un familiar cercano 63	La adquisición de una deformidad visible 80
Lesiones personales/violación, enfermedad 53	El engendrar un embarazo fuera del matrimonio 70
Matrimonio 50	Drogas o alcohol 70
Despido del trabajo 47	Pena de cárcel de los padres de más de un año 70
La reconciliación conyugal 45	Civil separación de los padres 69
Jubilación 45	La muerte de un hermano o hermana 68
Cambio en la salud de un familiar 44	Cambio en la aceptación de los compañeros 67
Embarazo 40	El embarazo de la hermana soltera 64
Dificultades sexuales 39	Descubrimiento de ser un niño adoptado 63
Un nuevo miembro en la familia 39	El matrimonio de los padres a padrastro 63
Reajuste del negocio 39	La muerte de un amigo cercano 63
	Tener una deformidad congénita visible 62

2.9. Tratamiento del estrés

1.- Tratamiento Psicológico:

- *Terapia corporal*: Intenta contrarrestar las alteraciones fisiológicas, a través de técnicas de relajación.

- *Terapia cognitiva*: Procedimientos tendentes a la modificación de conducta, ayudar a manejar situaciones estresantes, eliminar pensamientos negativos, ayuda en la resolución de conflictos...

- *Terapia de modificación del comportamiento*: ayudar a organizar el tiempo para el descanso, y las actividades de ocio fuera del trabajo.

2.- Tratamiento Médico:

- *Terapia Higiénico dietética*: dormir las horas necesarias, mínimo entre 7 y 8 horas, dieta equilibrada, realizar alguna actividad física con regularidad.

- *Terapia farmacológica*: Con los fármacos se intenta que desaparezcan los síntomas físicos y psicológicos, se suele utilizar ansiolíticos para la ansiedad, y antidepresivos en caso de depresión.

3. EL ESTRÉS LABORAL.

3.1. Concepto.

Desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo.

- *Conjunto de reacciones cognitivas y emocionales* : insatisfacción, frustración, ansiedad, sensación de estar agobiado por sobrecarga laboral o falta de dominio de las tareas.

- *Reacciones fisiológicas* : aumento de la tasa cardiaca, subida de la presión arterial, etc.

- *Reacciones del comportamiento* : malas contestaciones, descenso del rendimiento, falta al trabajo, etc.

- *Contenido del trabajo* : funciones y tareas que conlleva un determinado puesto de trabajo.

- *Organización del trabajo* : estructura de la empresa

- *Entorno del trabajo* : cuestiones ergonómicas (silla, mesa), ruidos o sustancias nocivas o a las relaciones interpersonales en el trabajo entre compañeros y superiores.

No es una enfermedad pero, si se sufre de una forma intensa y continuada, puede provocar problemas de salud física y mental: ansiedad, depresión, enfermedades cardíacas, gastrointestinales y musculoesqueléticas. Actualmente, el estrés se identifica como uno de los riesgos laborales emergentes más importantes. Estudios realizados en la Unión Europea sugieren que entre el 50% y el 60% del total de los días laborales perdidos está vinculado al estrés.

Muchos de estos trabajos coinciden en que el estrés se debe a un desajuste entre los individuos y las condiciones de trabajo (inseguridad laboral, tipo de contratación, horarios, etc.), la tarea (escasez o excesivo trabajo, monotonía, ciclos de trabajo breves o sin sentido, plazos ajustados de entrega, presión en el tiempo de ejecución, etc.) y la organización de la empresa (ambigüedad en la definición de funciones, poco apoyo en la resolución de problemas, ausencia de sistemas de comunicación y participación, etc.).

3.2. Causas.

Entre las causas más frecuentes del estrés laboral podemos encontrar:

- La carga de trabajo y nivel de exigencia

- **El exceso de trabajo:** tener una importante sobrecarga laboral es un factor de estrés substancial ya que el exceso de actividad se vive como una amenaza capaz de desbordar nuestra capacidad de reacción. Puede ser cuantitativa (mayor productividad), o cualitativa (mayor calidad)

- **El aburrimiento y la monotonía:** La falta de actividad o la rutina en el trabajo, pueden ser un factor de estrés importante al conseguir desincentivar y desmotivar al sujeto. La persona no se adapta a una situación en la que no coinciden con sus habilidades (demasiado difíciles o fáciles): exceso de exigencia o aburrimiento.

Nivel de exigencia > Habilidades (Tareas difíciles) = estrés por sobreexigencia

Nivel de exigencia < Habilidades (Tareas fáciles) = estrés por aburrimiento

Nivel de exigencia = Habilidades = Ausencia de estrés

- **Trabajo a ritmo elevado:** No sólo el tener una gran cantidad de trabajo puede ser un factor de estrés, también lo es hacerlo obligatoriamente en unos plazos determinados o sometido a un nivel de control alto.

- **No saber el trabajo que hay que realizar:** Es uno de los factores que genera un mayor desconcierto e inseguridad en el individuo y por tanto crea una situación es vivida como amenazante.

- **Trabajo a turnos:** El estrés es producido por la alteración de los ritmos circadianos que, a su vez, modifica e incide sobre la secreción hormonal, creando cambios neurobioquímicos y dando lugar todo ello a su vez a cambios conductuales y emocionales.

- **Falta de preparación:** Al no conocer “nuestro oficio” , o no estar al día de los avances que se producen en nuestro ámbito de trabajo, estaremos con frecuencia desbordados por los acontecimientos, lo que a su vez será percibido como altamente amenazante y hostil.

- **Roles diversos:** Desempeñar papeles diferentes a lo largo de la jornada es un factor de estrés alto, sobre todo si ello coincide con una personalidad autoexigente en exceso, haciendo que el sujeto se marque unos ritmos o metas que luego no puede alcanzar. Como por ejemplo el caso de las “madres trabajadoras”.

- **Sobrecarga tecnológica:** Aunque la tecnología está pensada como una forma de disminuir la cantidad de trabajo y poder hacer este con mayor precisión y calidad, si es muy compleja o si no tenemos el grado adecuado de formación o pericia, se puede convertir en un problema grave y en lugar de ayuda es vivida como amenaza de nuestra estabilidad emocional.

- **Incompetencia de la dirección:** Tanto la ausencia de liderazgo como la existencia de uno inadecuado es un foco de conflicto seguro. El modelo de líder organizativo sería el más útil dentro de los ámbitos laborales, ya que los otros tipos de liderazgo (self made, carismático, autoritario, etc) pueden ser también foco de conflictos al entender el mando de forma muy peculiar y distinta.

- **Lucha por el poder:** Competitividad. Los conflictos que a veces se producen para obtener un rango mayor en el ámbito laboral pueden ser factores estresantes de primera categoría ya que la mayoría de las veces se plantean en términos de una auténtica batalla y son vividos por el sujeto como una amenaza directa contra su capacidad, aptitudes e incluso a su persona.

- **Relaciones interpersonales en el trabajo** (iguales o superiores): Falta de comunicación con los superiores, conflictos con los compañeros...

- **Condiciones físicas del puesto de trabajo:** Temperatura, pureza del aire, espacio físico, ruido o derivadas del mobiliario o de las máquinas o instrumentos de trabajo.

4. SÍNDROME DE BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR "QUEMADO"

4.1. Concepto.

El término "Burnout" procede del inglés y se traduce en castellano por "estar quemado". A mediados de los años 70 el psiquiatra **Herbert Freudenberger** describió el síndrome Burnout, aunque no con tal nombre, como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas.

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó el término Burnout, empleado hasta entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. Determinó que los afectados sufrían "sobrecarga emocional" o síndrome de Burnout y lo definió como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas". Se puede considerar como un tipo o variante de estrés laboral que aparece en colectivos concretos y que presenta una serie de síntomas y cursos evolutivos específicos.

El Burnout aparece en profesiones vocacionales donde hay una alta implicación entre el sujeto que presta el trabajo y el sujeto receptor del mismo, y a su vez se debe establecer una relación de ayuda o servicio Ejem. Colectivo sanitario, docentes, policías, funcionarios, trabajadores sociales...

4.2. Síntomas.

1.- Desgaste emocional: Fatiga, pérdida de energía y vitalidad, con disminución de los recursos emocionales. La persona presenta una fatiga física que va aumentando progresivamente. Poco a poco también percibe un agotamiento psíquico con severas dificultades para concentrarse, retener conceptos, pensar con agilidad, etc. Los síntomas iniciales tienen muchas semejanzas con la depresión.

2.- Cinismo: Despersonalización, actitud negativa hacia los beneficiarios del trabajo, apareciendo un distanciamiento emocional progresivo así como una intensa irritabilidad y rechazo hacia aquellos sujetos que son el objeto fundamental del trabajo. Insensibilidad, deshumanización.

3.- Eficacia Profesional: Sentimientos de incapacidad y frustración que el profesional quemado llega a tener viendo imposible conseguir sus logros o expectativas. Su autoestima disminuye notablemente, dando lugar a una ineficiencia laboral. Evaluación negativa de los propios resultados por insuficiencia profesional.

Características del tipo de trabajo que suele provocar el Burnout

- Poco motivante.
- Repetitivo.
- Sin reconocimiento del trabajo.
- Contacto directo con personas con las que hay que implicarse emocionalmente.
- Mal ambiente con iguales y/o superiores.
- Mala organización del trabajo.
 - Malos horarios.
 - Falta de medios.
 - Desajuste entre las capacidades y demandas del empleo.
 - La sobrecarga de trabajo.
 - Alto ritmo de trabajo.
 - Exigencias de mejora continuas y presiones de demandas externas y de la competitividad.
 - Pérdida de autonomía.

4.3. Tipos de trabajo más vulnerables al Burnout

- La Sanidad
- La Enseñanza
- Funcionarios penitenciarios
- Trabajadores sociales.
- Policías y cuerpos de seguridad en general.
- Bomberos.
- Personas cuya función consiste en recibir y atender las quejas y reclamaciones de los usuarios.
- Funcionarios de distintas Administraciones con atención directa al público.
- Empresarios, altos directivos con elevado nivel de responsabilidad.
- Personas con un trabajo rutinario y monótono.
- Trabajo doméstico “*síndrome de la cuidador/a*”.

4.4. Características personales que favorecen la aparición del Burnout

- Vocación: Mayor vocación y entusiasmo al inicio de la vida laboral.
- Edad: Cuantos más años tiene en la profesión, hay mayor desgaste.
- Personalidad perfeccionista con un elevado nivel de autoexigencia.
- Fuerte dedicación al trabajo, ocupando éste un papel importante en su vida.
- Idealismo y optimismo.
- Sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los demás.
- Déficit de estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes.
- Mayor vulnerabilidad al estrés.
- Lazarus (1988) Tendencia del individuo a reaccionar ante ciertos tipos de acontecimientos estresantes con estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción (Lazarus 1988).

- Locus de control externo: percepción del sujeto que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros. (Julian B. Rotter y Murly en 1965)
- Cualificación, los más vulnerables a padecer el Burnout, son los profesionales menos cualificados.
- Personas con poco apoyo emocional en los primeros años de ejercicio profesional.

4.5. Evolución de Burnout

a) Leve

- Primeros síntomas de insatisfacción laboral y cansancio.
- Síntomas psicósomáticos : dolor de cabeza y espalda.
- Leve disminución en el rendimiento laboral y en la eficacia del trabajo realizado.
- Cambios en el carácter de la persona.

b) Moderado

- Intensificación de los síntomas anteriores.
- Disminución de la eficacia y operatividad en el trabajo.
- Problemas en el sueño
- Dificultades de concentración.
- Problemas en las relaciones interpersonales.
- Pesimismo.
- Cambios en el peso.
- Disminución en el deseo sexual.
- Automedicación.

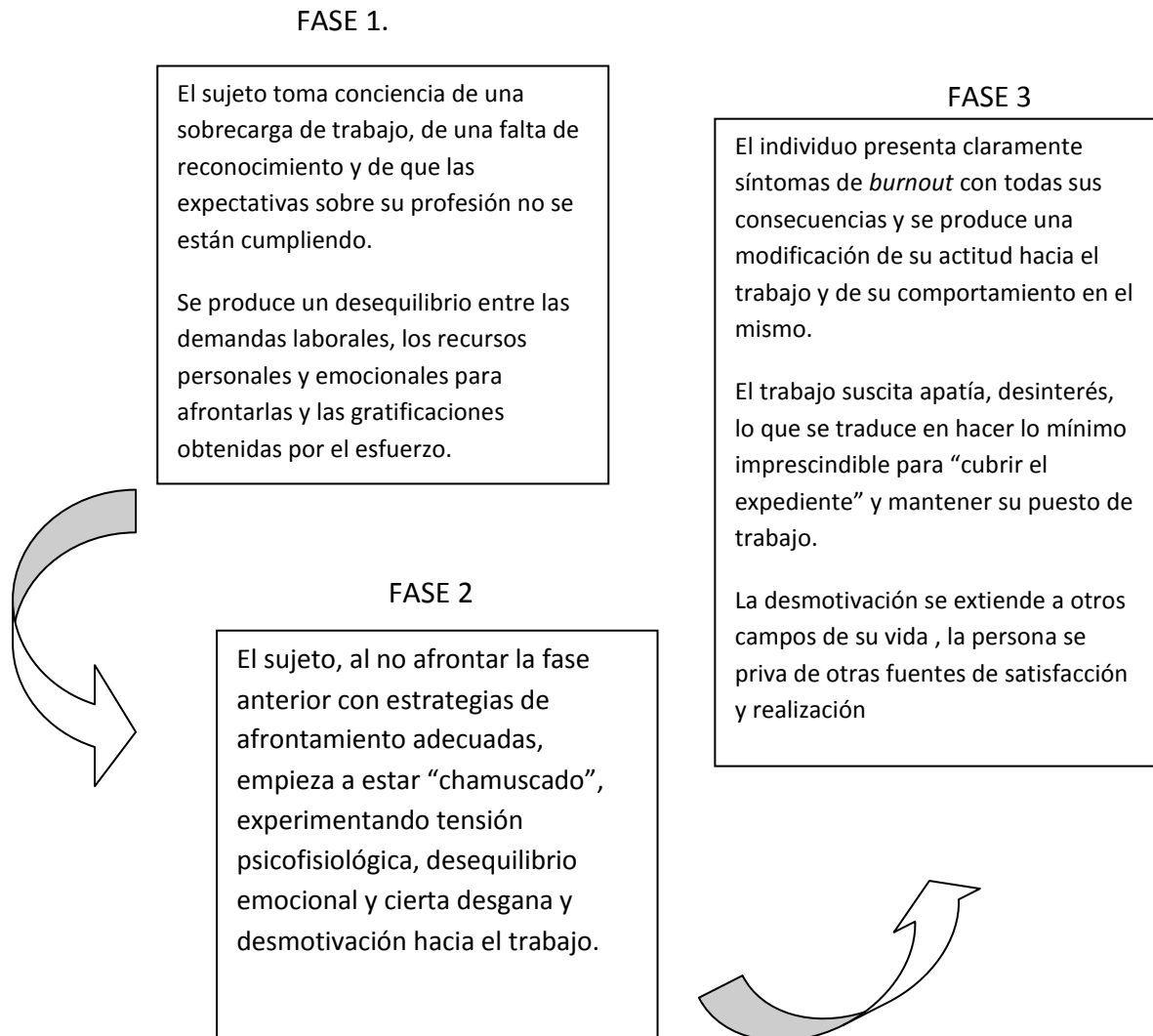
c) Grave

- Aumento de la insatisfacción laboral , disgusto.
- La productividad laboral disminuye significativamente y aumenta el absentismo laboral.
- Disminuye la autoestima del individuo al ver su situación.
- Abuso de alcohol y/o psicofármacos.

d) Extremo

- Deja de encontrar sentido al trabajo y a la profesión.
- Se siente fracasado y experimenta síntomas depresivos (pena, tristeza y pesimismo).
- Aislamiento del entorno.
- Riesgos de suicidio.

4.6. Fases de la evolución del Burnout (Chernis)



4.7. Evaluación del Burnout

El Burnout se puede evaluar a través de el Maslach Burnout Inventory (MBI) es un Instrumento de Evaluación psicológica en el que se plantean una serie de enunciados acerca de los pensamientos y los sentimientos del sujeto respecto a la interacción con su trabajo.

Los enunciados están divididos en Subescalas: La subescala de **agotamiento emocional** ("emotional exhaustion") (**AE**) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de **despersonalización** ("despersonalization") (**D**) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de **realización personal** en el trabajo ("personal accomplishment") (**RP**) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

En definitiva, el enfoque psicosocial asume que burnout es un Síndrome de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Bajo Logro o Realización Personal en el Trabajo.

- Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

4.8. Síntomas

a) Cognitivos

- Sentimientos de fracaso, impotencia, frustración e inadecuación profesional, con una percepción desproporcionada de los propios errores, a la par que una dificultad para ver los aciertos y los éxitos.
- Dificultades de atención y concentración.
- Déficit de autoestima.
- Ansiedad, irritabilidad, repentinos cambios de humor, incluso en ocasiones llegando a presentar un cuadro depresivo.
- Actitud pesimista hacia el trabajo, con falta de ilusión o motivación por él.
- Sentimientos de vacío.
- Baja tolerancia a la frustración.

b) Fisiológicos

- Cansancio y fatiga crónicos que no se solucionan con el descanso de fines de semana, puentes y vacaciones, puesto que el simple hecho de la vuelta al trabajo provoca que reaparezcan y, en ocasiones, con mayor intensidad y virulencia.
- Insomnio.
- Cefaleas.
- Dolores músculo-esqueléticos (lumbalgias, cervicalgias, etc.).
- Taquicardias.
- Alteraciones gastrointestinales (gastritis, estreñimiento, diarrea, etc.)
- Aumento de la presión arterial.

c) Conductuales

- Descenso del rendimiento laboral y de la calidad del trabajo realizado.
- Aumento del consumo de tabaco, café, fármacos u otras drogas, pudiendo llegarse a una adicción.
- Frecuentes bajas laborales y ausencias injustificadas.
- Dificultades en la relación con los receptores de sus servicios profesionales y con los compañeros de trabajo, llegando, en ocasiones, a comportamientos paranoides y/o agresivos con ellos.

4.9. Recomendaciones para “no quemarse”.

Lo ideal sería poder identificar la situación en su comienzo, para atajar el problema cuanto antes.

Algunas recomendaciones útiles son:

- Centrar tu energía en buscar posibles soluciones.
- Saber bien el oficio y conseguir una adecuada formación profesional.
- Cambiar tu actitud hacia el trabajo.
- Reflexionar sobre la importancia que tiene el trabajo en tu vida y búsqueda de satisfacción en otras actividades.
- Dialogar con los compañeros para saber si están pasando por una situación similar.
- Relativizar la vida y sus problemas.
- Cultivar y cuidar amistades.
- Ser flexibles y estar dispuestos a adaptarnos.
- Comentarlo con personas ajenas al entorno laboral, amigos y familiares.
- Cuidarnos físicamente (ejercicio, alimentación y descanso).
- Tratar los síntomas de ansiedad con técnicas de relajación.
- Acudir a un profesional antes de que la problemática vaya creciendo.

5. MOBBING O ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO.

5.1. Concepto

El concepto proviene de la etología (ciencia que estudia el comportamiento de los animales), Konrad Lorenz lo describe como el ataque de una coalición de miembros débiles de una misma especie contra otro más fuerte que ellos.

El científico sueco Heinz Leymann investigó el fenómeno en la década de 1980, y fue quien utilizó por primera vez el término mobbing para referirse al problema, lo define como el continuo y deliberado maltrato que recibe un trabajador por parte de los jefes o de los otros trabajadores para conseguir su destrucción psicológica y obtener su salida de la organización. En 1996 definió y sistematizó su diagnóstico en base a los siguientes criterios: “una persona o un grupo de personas que ejercen una violencia psíquica extrema, de forma sistemática y recurrente (al menos, una vez por semana y durante más de 6 meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir sus vías de comunicación y su reputación, o bien, perturbar su actividad laboral, con el objetivo de que abandone su puesto de trabajo”

El profesor Ignacio Piñuel en el año 2000, considera que el Mobbing “tiene como finalidad intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o bien a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir del hostigador”.

Los expertos de la Unión Europea, desde el punto de vista legislativo definen el acoso laboral como “comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado/a es objeto de acoso y ataques **sistemáticos** y durante **mucho tiempo**, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o efecto directo de **hacerle el vacío**”.

El Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo lo define como “una situación en la que una persona (o en raras ocasiones un grupo de personas) ejerce una violencia psicológica extrema, de forma **sistemática** y **recurrente** (como media, una vez por semana) y durante un **tiempo prolongado** (como media, unos 6 meses) sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la **finalidad** de **destruir** las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que acaben abandonando su trabajo”.

Marie-France Hirigoyen define “*El acoso moral en el trabajo*” como “toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento) que atenta, por su **repetición** o **sistematización**, contra la **dignidad** o la **integridad psíquica** o **física** de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo”

Todas estas definiciones tienen en común los siguientes aspectos:

- Existe una **intención** por parte del acosador/es
- Su **objetivo** es **minar la moral de la persona acosada**, destrozarla psicológicamente y llegar a eliminarla de la organización o, si ello no es posible, aislarla y marginarla de la misma.
- Las acciones, palabras, actitudes, etc., se producen de manera **sistemática, constante y repetitiva** y durante un **período de tiempo prolongado**, no son hechos aislados.

Así pues, se podría definir el **acoso laboral** o **terror psicológico**, conocido con el término inglés **mobbing** (“atacar con violencia, asediar, acosar, acorralar en grupo”), en el ámbito laboral como una situación en la que se produce una comunicación hostil y sin ética, dirigida de manera sistemática por uno o varios individuos contra otro, que es así arrastrado a una posición de indefensión y desvalimiento, y activamente mantenido en ella. El acoso psicológico en el trabajo atenta, por su repetición y sistematización, contra la dignidad o la integridad física o psíquica de una persona, poniendo en peligros su empleo o degradando el ambiente laboral con la finalidad de humillarla y destruir las redes de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona acabe abandonando el lugar de trabajo.

En el ámbito escolar se utiliza el término **Bullying**, para las pautas de actuación que son utilizadas por unos alumnos para intimidar o amedrentar a otros alumnos o a los profesores.

Lo que se pretende en último término con este acoso, hostigamiento, intimidación o perturbación, es el abandono del trabajo por parte de la víctima —o víctimas—, la cual es considerada por sus agresores como una molestia o amenaza para sus intereses personales (necesidad de extorsión, ambición de poder, de riquezas, posición social, mantenimiento del *statu quo*, etc.)

5.2. Tipos

Este acoso laboral se puede dar tanto horizontal como verticalmente, **dependiendo de la posición jerárquica** que se ocupe:

- Superior jerárquico hacia un inferior (mayoría de los casos). ↓

Se produce entre el superior o jefe y el subordinado. La persona con poder desprecia, acusa, insulta, humilla, etc. , a otra con el objeto de desestabilizarle psíquicamente para

- a) El acosador destaque más frente a sus subordinados
- b) Asegurar su posición jerárquica.
- c) Forzar el abandono voluntario del puesto de trabajo sin proceder al despido legal, más costoso para la empresa.

Esta forma de acoso que es la más frecuente, es la que desemboca en una mayor problemática psiquiátrica y legal sobre todo por la dificultad de prueba que se produce y por la “aparente” complicidad del entorno.

- Un compañero hacia otro. →

Se produce entre iguales y se caracteriza por:

- a) Problemas personales entre la víctima y el acosador.
- b) La no aceptación de las pautas de funcionamiento admitidas por el resto de compañeros.
- c) La existencia de personas física o psíquicamente débiles o distintas, siendo éstas explotadas y víctimas de burlas.

- Inferiores sobre un superior. ↑ ↑ ↑

Se suele producir en dos casos:

- a) Cuando se incorpora a la empresa una persona externa con un cargo superior, y el método de mando no es aceptado o se desea su puesto.
- b) Cuando se produce el ascenso de un compañero de similar rango, y no se ha consultado o no se han marcado objetivos claros.

5.3. Agentes intervinientes (por acción u omisión)

- La organización o empresa.
 - Por la falta de estructura y control, alto nivel de burocratización y fuerte rigidez.
- El acosador.
 - Rasgos antisociales, narcisistas, paranoides, etc.
 - Envidia, oportunismo, inseguridad, mediocridad, necesidad de control, etc.
 - Comportamiento “camaleónico”.
- Las personas que no se oponen o incluso se unen al acosador.
 - Cómplices pasivos por omisión , no hacen nada al respecto, “pasan”.
 - Cómplices activos por comisión , que prestan su colaboración a las actividades hostigadoras.

5.4. Cómo se lleva a cabo el Mobbing

a) Limitar y manipular la información y la comunicación.

- Impedir el acceso a la información o proporcionarla sesgada o tergiversada.
- Interrupción cuando la víctima habla.
- No convocarle a reuniones en las que debería estar por su desempeño profesional.
- Negación del saludo o mirada, etc.

b) Limitar el contacto social.

- Aislar a la persona del resto de compañeros, con la asignación del puesto de trabajo.
- Ignorarlo repetidamente.
- Prohibición de que los demás le dirijan la palabra, etc.

c) Desprestigiar al acosado ante sus compañeros

- Difusión de rumores falsos e interesados sobre su capacitación profesional, rendimiento laboral, vida personal o salud física o psíquica.
- Exageración y burla de defectos reales sobre él, su familia, modo de vida, etc.

d) Desprestigiar y desacreditar la capacidad profesional y laboral de la persona acosada

- Criticar desmesuradamente pequeños errores.
- Asignar tareas muy por debajo o por encima de su capacidad.
- Mantenerlo ocupado sin encomendarle ninguna tarea o sobrecargarle de trabajo para desacreditarle.

e) Comprometer su salud

- Es el efecto de todo lo anterior, deterioro de salud física y psicológica.

Se utiliza el deterioro de salud para desacreditarle

5.5. Datos epidemiológicos.

Leyman, en los primeros estudios metodológicos, calculó que el Mobbing lo sufren el 3,5% de la población laboral. Fue entrevistada una muestra de 3.400 casos, representativos de toda la población sueca. Esta incidencia significa que 154.000 trabajadores, de una población de 4,4 millones de trabajadores de ambos sexos estaban sufriendo Mobbing. Aunque estudios posteriores barajaban cifras diferentes y por lo general mayores. Teniendo en cuenta una vida laboral de unos 30 años, 1 de cada 4 trabajadores que se incorpora al mercado laboral corre el riesgo de sufrir Mobbing en algún momento de su vida laboral, durante seis meses al menos. Lo más representativo de este estudio son las graves consecuencias, una gran proporción, entre un 10% y un 20% de los agredidos, llega a contraer graves enfermedades o cometer suicidio. Leyman (1987) estima que entre un 5% y un 16% (entre 1 de cada 6, y 1 de cada 15) del total de suicidios anuales registrados en Suecia, lo son por esta causa (en total, unos 1.800 anuales).

La OIT (Organización Internacional del Trabajo) en el año 1998, estimaba esta práctica en un 5%, aumentado en 1999 a un 7%. Estudios realizados en la Universidad de Alcalá de Henares, calculan que el Mobbing se produce en un 11,4% de los trabajadores (barómetro Cisneros, mayo 2001).

Lo cierto es que no hay cifras claras sobre su prevalencia. La UE ha recomendado a los países tomar medidas preventivas.

5.6. Cómo reconocer y evaluar si alguien es víctima del Mobbing. Barómetro Cisneros.

La escala Cisneros es un cuestionario desarrollado por el profesor Iñaki Piñuel de carácter autoadministrado compuesto por 43 ítems que objetivan y valoran 43 conductas de acoso psicológico. Dicho cuestionario forma parte del Barómetro CISNEROS (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales), integrado por una serie de escalas cuyo objetivo es sondear de manera periódica el estado, y las consecuencias, de la violencia en el entorno laboral de las organizaciones.

Algunas preguntas que nos podemos hacer para saber si una persona está siendo víctima de Mobbing, podrían ser las siguientes:

¿Has notado que cada vez es menor el número de compañeros de trabajo que te dirigen la palabra?

¿Se critica repetidamente tu vida privada y/o se hacen burlas de tus defectos o características personales?

¿Te han puesto un mote y/o imitan tu voz, tu manera de caminar o tus gestos, con intención de ridiculizarlos?

¿Te encargan de una cantidad de trabajo claramente excesiva o, por el contrario, no te proporcionan ninguna tarea, con lo que quedas condenado al ostracismo?

¿Se critica tu forma de realizar el trabajo (o alguna otra cuestión) en público y/o de malas maneras (a gritos, llegando al insulto personal, etc.)?

¿Alguien de tu trabajo ha hecho circular rumores acerca de tu “delicada” salud física o psíquica?

¿Te asignan tareas que son superiores a tus funciones para luego criticarte y desacreditarte por no haberlas realizado adecuadamente?

¿Has llegado a recibir amenazas de algún tipo (de despido, traslado, a tu integridad física, etc.) ya sea en persona, a través de un “mensajero” o por teléfono?

¿Has encontrado algún desperfecto o algo que te faltaba en tu puesto de trabajo, mientras que eso no le ha ocurrido a tus compañeros de trabajo?

¿Se te ha negado el acceso a formación o información necesaria para el correcto y eficaz desempeño de tu trabajo?

5.7. Víctimas y acosadores. Nivel individual del Mobbing.

Quién puede ser susceptible de ser acosado.

Hay que tener en cuenta que las personas que sufren acoso no tienen por qué ser siempre personas débiles o “diferentes”, a menudo son personas carismáticas, con grandes habilidades sociales, inconformistas, inteligentes, bien formadas en su campo y preparadas para el trabajo en equipo, a veces se acosa por envidia de la situación extralaboral de la persona.

En otras ocasiones las personas objeto del acoso pueden ser percibidas como hostiles, agresivas o difíciles interpersonalmente, es muy probable que precisamente sea el acoso el responsable de tales reacciones, y no a la inversa como inicialmente pueda pensarse. Las personas víctimas de acoso al estar más estresados, más irritables, debido a la situación tan desgastante que viven, pueden estar más susceptibles a las críticas reaccionando con recelo frente a determinadas situaciones, lo que influye en el ambiente laboral. Sus relaciones interpersonales y con el medio que les rodea se basan en la susceptibilidad, hipersensibilidad a las críticas, conductas solitarias y pobre adaptación. Además de disminuir la confianza en sí mismo, son más pesimistas y desconfiados en cuanto a las buenas intenciones de los demás (Cubela & Kwartuc, 2007)

No se ha podido demostrar que las variables demográficas (edad, sexo, etc.) puedan tener alguna relación con la mayor o menor posibilidad de ser acosado.

Aunque los estudios realizados hasta el momento no han permitido establecer un perfil tipo de víctima de acoso laboral, algunos autores establecen rasgos de personalidad susceptibles más fácilmente de ser agredidas.

Leyman, Schuster y Adams:

- Aspecto, conducta, valores y actitudes diferentes a las del grupo general.
- Su presencia supone un cuestionamiento tácito sobre las características que hacen al grupo homogéneo.

Piñuel:

- Personas envidiadas por acosador o acosadores.
- Elevado nivel de empatía , persona muy popular socialmente.

González de Rivera:

- Autenticidad como persona.
- Inocencia e ingenuidad.
- Necesidad de ser querido y apreciado , cierto grado de dependencia afectiva.

Acosadores.

El acoso laboral es explicado desde la perspectiva de la personalidad del acosador.

El acosador , suele tener una actitud de envidia con respecto al acosado, por lo que pretende desprestigiar sus cualidades. Normalmente el acosador tiene sentimientos de inferioridad y minusvalía , necesidad constante y “obsesiva” de encubrir su incompetencia y mediocridad profesional. El mecanismo de compensación de sus sentimientos de inferioridad está basado en el ataque de la autoestima de los demás.

Hay que distinguir dos tipos de acosadores desde el punto de vista de su carácter psicopático.

- El acosador que tiene una crueldad sádica, que disfrutan con el sufrimiento de los demás, aportándole placer y así mismo refuerzo y gratificación de su crueldad.
- El acosador que utiliza una crueldad instrumental, utilizan las conductas dañinas para conseguir sus fines y objetivos, que, constituyen el refuerzo y la gratificación de su crueldad, en este caso se puede decir, que se trataría de una conducta aprendida.

5.8. Nivel interpersonal y grupal.

El acoso laboral es un fenómeno que se da siempre entre un grupo de personas, sin un grupo el acosador no podría ejercer sus efectos. Es condición imprescindible la existencia del grupo, para que podamos hablar del mobbing. Se podría decir que el grupo es el principal responsable. La presión que ejerce el grupo y la necesidad de pertenencia, al mismo, en muchas ocasiones hace que las personas pertenecientes al mismo, no actúen en contra del acoso, bien por acción o bien por omisión. Está demostrado que las personas cuando se sienten aisladas, rechazadas o excluidas, su salud psíquica empeora e incluso su salud física, aumenta el nivel de estrés y la ansiedad, aparecen brotes de

depresión y pueden alterar la personalidad de la víctima haciéndose más agresivas.

Que el sufrimiento de la víctima no sea físico, sino psicológico, es una variable que facilita el acoso laboral, ya que tiene menos rechazo social que el físico, son menos perceptibles, y tienen muchas posibilidades de rehuir la responsabilidad penal que supone el infligir daños a otra persona.

En numerosos estudios psicosociales se ha demostrado que la difusión de la responsabilidad, el que la responsabilidad no recaiga sobre una sola persona, sino sobre todos los miembros del grupo, es una de las variables más importantes a tener en cuenta que ayudan a explicar ciertas conductas humanas llevadas a cabo por los grupos.

Las explicaciones causales que haga el acosado ante su situación influirá en su capacidad de resistencia a los ataques del acoso y en la mayor o menor gravedad de las consecuencias que estos ataques pueden tener. (Causas externas: atribuir al acosador la culpabilidad de la situación, o causas internas: culpabilizarse a sí mismo de la situación, lo que lleva a una situación de indefensión aprendida).

En muchas ocasiones, los propios compañeros de trabajo, son los que atribuyen al acosado causas internas o de personalidad, de la situación.

Este error de atribución, de causas internas, tanto del propio individuo acosado, como del grupo, ayudan a que las agresiones del acosador queden ocultas.

5.9. Nivel organizacional.

El acoso laboral se produce no solo porque existe un grupo, sino también, porque existe una organización, con una estructura y rasgos concretos que lo hace posible. Precisamente es la organización con los diferentes aspectos de organización de trabajo, que facilitan que pueda darse el acoso laboral, como puede ser un clima de tolerancia hacia la agresión, un tipo de liderazgo inadecuado, permisividad de conductas agresivas, ...etc.

Si existe el acoso laboral en una organización, es porque esta lo permite.

5.10. Nivel social.

En la sociedad actual que vivimos, en la que prima el capitalismo y el individualismo, y la competitividad, facilita las conductas de acoso.

En la medida en que se están reduciendo los derechos laborales, incrementando la inestabilidad laboral, se está favoreciendo el incremento de las tasas de acoso laboral, provocando que las víctimas de acoso, permitan estos abusos durante periodos prolongados de tiempo, por el miedo a perder el empleo, con las consecuencias que ello conlleva.

5.11. Síntomas

Cognitivos.

- Ansiedad e irritabilidad, con posibles accesos de rabia y cólera.
- Tristeza.
- Sentimientos de culpa.
- Dificultades de concentración.
- Hipervigilancia.
- Evocación continua y obsesiva de las situaciones de acoso ocurridas en el trabajo. El sujeto explica que “no me lo puedo quitar de la cabeza, estoy continuamente pensando en eso”.
- Actitud de indefensión aprendida: “independientemente de cuál sea mi conducta, la situación no va a cambiar”.
- Inseguridad.
- Frustración, desesperanza.

Fisiológicos.

- Dolores osteomusculares, sobre todo en distintas zonas de la espalda.
- Insomnio, con sueño inquieto, poco reparador y, en ocasiones, perturbado por pesadillas. También puede producirse despertar precoz con incapacidad para reconciliar el sueño.
- Fatiga crónica.
- Dolores de cabeza.
- Molestias gastrointestinales (gastritis, náuseas, vómitos, colon irritable).

- Molestias o pinchazos en la zona torácica.
- Sensación de inestabilidad, mareos.
- Hipertensión arterial.
- Dificultades en la respiración, con sensación de ahogo y fatiga ante el más mínimo esfuerzo.

Conductuales.

- Aislamiento de los compañeros de trabajo.
- Afectación en los terrenos extralaborales, como la vida familiar, social y de ocio, porque el sujeto ya no se siente bien consigo mismo y, por tanto, tampoco con los demás
- Disminución en el rendimiento y la calidad del trabajo.
- Evitación del lugar del trabajo e incluso de sus alrededores
- Conversación constante sobre el tema, dada su necesidad de expresar sus experiencias y sentimientos y lo obsesionado que llega a estar con el tema.
- Consumo abusivo de alcohol y fármacos.
- En los casos graves, el individuo afectado puede llegar a desarrollar comportamientos suicidas.

Psicosociales.

Los riesgos psicosociales se definen como aquellas condiciones presentes en determinadas situaciones, directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, capaces de afectar tanto al desarrollo laboral como a la salud (física, Psíquica o social) de los trabajadores.

Las variables más significativas en la identificación de situaciones de riesgo Psicosocial suelen referirse a

- La participación, implicación y responsabilidad de las personas en el trabajo.
- Formación e información
- Comunicación en la empresa
- Gestión del tiempo.
- Cohesión del grupo.

Todos ellos aspectos referidos a la organización y a sus contenidos.

5.12. Fases del acoso laboral (Leymann).

a) Fase de conflictos o incidentes críticos. Fase de conflictos, roces, problemas o choques entre personas con maneras de ser, intereses u objetivos distintos. Estas situaciones pueden ser reales o distorsionadas por el acosador. A partir de esta fase se produce una escalada de enfrentamientos que da paso a la siguiente fase. Esta primera fase, que puede ser muy corta, no es propiamente “Mobbing”.

b) Fase de Mobbing o de acoso y estigmatización. El acosador diseña un “plan de ataque” y lo despliega sistemáticamente para ridiculizar y aislar a la víctima. La víctima puede llegar a negar el problema, sobre todo ante la pasividad, negación o evitación del resto de sus compañeros. Esta fase puede durar de 1 a 3 años. El acosador suele contar con el consentimiento o la colaboración activa o pasiva del entorno.

c) Fase de intervención de la dirección. El problema trasciende a la dirección de la empresa, el problema adquiere carácter oficial, y se intenta dar soluciones al conflicto :

-De manera positiva (menos frecuente), realizando una investigación, cambiando de puesto al acosador, y sancionando una vez descubierta su estrategia, y puesta en marcha de mecanismos preventivos.

- De manera negativa, la dirección se suma al entorno que acosa a la víctima sin conocimiento del caso, sin identificar el origen del problema, teniendo sólo en cuenta una idea preconcebida. Los directivos tienden a asumir las opiniones creadas en fases anteriores. Como resultado final de esta fase la víctima queda marcada/estigmatizada debido al **Error Básico de Atribución**, los colegas y los directivos tienden a buscar explicaciones en las características personales de la víctima, más que en las condiciones ambientales (Jones, 1984).

Esto es particularmente probable cuando las autoridades son responsables de las condiciones psicológicas de trabajo, y no aceptan la responsabilidad de la causa situacional.

d) Fase de solicitud de ayuda externa especializada. La víctima busca ayuda en expertos de salud mental. Muy frecuentemente la víctima es incorrectamente diagnosticada por los profesionales, por lo increíble de su historia, o simplemente por no analizar la dinámica social desencadenante de la situación. Normalmente los diagnósticos más incorrectos son los de personalidad paranoica, manicodepresiva o con alteraciones del carácter.

e) Fase de exclusión o de salida de la organización. La víctima abandona la empresa tras haber pasado temporadas de baja laboral. En la medida en que las condiciones de trabajo no son resueltas, lo normal es que la víctima abandone el trabajo mucho antes de su jubilación natural, y esto probablemente se responsable del desarrollo de serias enfermedades.

5.13. Como afrontar el Mobbing.

El Mobbing es un problema complejo y en el que influyen factores muy diversos, hay que individualizar cada situación y aplicar las medidas más adecuadas en función de parámetros individuales. En general , las pautas a aplicar son:

- Identificación del problema. Ayudar a la persona a ser consciente de la situación de *mobbing* que está sufriendo y que la reconozca como causante de todo lo que le ocurre. Poner énfasis en la **desculpabilización** de la víctima. El centro de atención debe pasar del problema a las posibles soluciones y a su análisis. Análisis objetivo y racional de la situación, diferenciando aquello que puede ser cambiado de lo que no ayudará a obtener las posibles soluciones con respecto a tu situación.
- Abordaje de la situación junto con la familia (pareja) , proporcionar a la pareja información sobre el *mobbing* y sus efectos, reconocimiento de ideas irracionales que la víctima haya podido interiorizar con el paso del tiempo y por la presión ejercida por el acosador y el medio, y sustituirlas por otras que no lo sean.
- Aprender estrategias de afrontamiento para mejorar la capacidad de resistencia y manejo de la situación , técnicas de control de la ansiedad y de reestructuración cognitiva, técnicas psicológicas para cubrir déficit de la víctima.
- Separación temporal de la persona afectada del centro de trabajo mediante una baja laboral y vuelta progresiva al trabajo según vaya evolucionando el caso.
- Considerar la necesidad de tratamiento psiquiátrico con fármacos.
- En los casos más graves y crónicos, la única solución pasa por el cambio de departamento o de empleo.
- Conveniencia de denunciar las actividades de acoso y a quien las ejecuta.
- Ponerse en contacto con asociaciones contra el acoso laboral.

6. RELACIÓN ENTRE ACOSO LABORAL Y ESTRÉS. SÍNDROME POSTRAUMÁTICO (TEPT).

6.1. Introducción.

Con la aprobación e implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley 31/1995, y de sus normas de desarrollo, comienzan a cobrar notoriedad en el mundo del trabajo fenómenos que, en mayor o menor medida, siempre han acompañado a la vida laboral, pero que, hasta entonces, eran interpretados como prácticas o conductas desligadas del discurrir laboral, y a tenor de la nueva normativa, son observados como auténticos riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, entre ellos podemos destacar el Mobbing o acoso en el trabajo, y el Síndrome de burnout o de “estar quemado”.

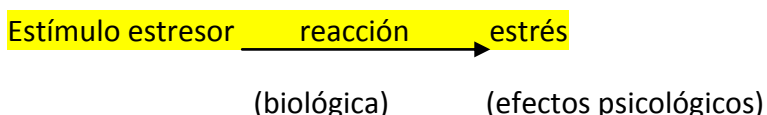
Actualmente el acoso laboral se está convirtiendo en uno de los riesgos psicosociales en el trabajo más serios y graves, por las consecuencias que tiene tanto para la víctima como para la sociedad en general.

El Acoso Laboral se trata de un estresor social altamente traumático, que afecta de forma negativa la salud física y psicológica de las personas objeto de la agresión, ya que como otros estresores activa respuestas fisiológicas y emocionales.

El estrés es uno de los factores que se experimenta al ser objeto de acoso laboral, siendo uno de los elementos que influye en el origen y desarrollo de trastornos físicos y emocionales

El Psicoterror o Mobbing en la vida laboral conlleva una comunicación hostil y desprovista de ética que es administrada de forma sistemática por uno o uno o unos pocos individuos, principalmente contra un único individuo, quien, a consecuencia de ello, es arrojado a una situación de soledad e indefensión prolongada, a base de acciones de hostigamiento frecuentes y persistentes durante un periodo prolongado (definición estadística: al menos una vez por semana durante un periodo de seis meses). Como consecuencia de esta alta frecuencia y larga duración de estas conductas hostiles, este maltrato se traduce en un enorme suplicio tanto a nivel psicológico, como psicosomático y social, con un alto potencial de exclusión social y laboral. El mobbing por definición excluye los conflictos temporales, por la frecuencia y la duración. El acoso grupal debe considerarse como un conflicto desproporcionado, el Mobbing evoluciona después de un cierto tiempo de conflicto, a veces muy rápidamente, otras veces después de semanas o meses.

El psicoterror debe entenderse como un extensivo y peligroso tipo de estrés social (Knorz & Zapf, 1996). La relación del Psicoterror con el estrés según la investigación anglo-sajona y escandinava se ha centrado más intensamente en el carácter biológico del estrés (ejem. Karasek – Theorell, 1990) debido al hecho de que estas investigaciones han sido llevadas a cabo principalmente en el campo de la medicina en USA y en Suecia. La investigación Alemana se ha focalizado en diferentes elementos del estrés. Y en la investigación Australiana, el término “estrés” está influenciado por el uso clínico como diagnóstico médico. Todas estas circunstancias causan confusiones al comparar los resultados de las diferentes investigaciones sobre el estrés, por estar en áreas diferentes. Así pueden surgir discrepancias relativas a la diferencia entre estrés y psicoterror (Leymann, 1993) dado que la confusión sobre el contenido de la terminología no deja claro hasta dónde el psicoterror es causa de estrés, o el resultado de éste. En la investigación escandinava, el Mobbing o Psicoterror se entiende como un síndrome social extremo, desencadenado por estresores sociales extremos, que producen una cascada de efectos negativos. Así el estrés se entendería de la siguiente manera:



Reacción frente a un estímulo estresor que provoca una reacción biológica con graves efectos psicológicos que pueden ser responsables de cambios en la conducta. Dentro de esta teoría, las condiciones de trabajo psicológicamente muy pobres pueden ser causa de reacciones de estrés biológico, medibles por la producción de adrenalina en sangre. A su vez, ello puede estimular sentimientos de frustración. A través de procesos psicológicos (especialmente si el empleado desconoce cómo analizar los estresores sociales del trabajo), estas personas frustradas, a su vez, pueden agravarse unas a otras, resultando de esta manera estresores sociales los unos para los otros, y desencadenar una situación de psicoterror contra una persona concreta. Así el Mobbing es un estresor social extremo, que produce reacciones de estrés, que a su vez pueden resultar estresores sociales para otros.

Los efectos del acoso laboral en la víctima, son similares a los producidos por el estrés laboral derivado de otras causas, pero con consecuencias psicosomáticas, psicológicas y psicosociales, mucho más serias, de mayor duración y de peor pronóstico, como son el insomnio, trastornos del sueño, cefaleas, problemas digestivos, pérdida de apetito, ansiedad, angustia, baja autoestima, problemas interpersonales, conflictos familiares, depresión e incluso, la víctima puede llegar incluso al suicidio.

En recientes investigaciones de varios científicos de la materia, como son Aquino y Thau (2009), (Cortina, Magley, Williams y Langhour, 2001; Haines, Marchand y Harvey, 2006; Hansen, Hogh, Persson, Karlson, Garde y Orbaek, 2006), (Agervold y Mikkelsen, 2004; Vartia y Hyyti, 2002) (Matthiesen y Einarsen, 2004; Mikkelsen y Einarsen, 2002); (Hansen et al., 2006; Hoel, Faragher y Cooper, 2004; Hogh, Henriksson y Burr, 2005; Vartia y Hyyti, 2002), (Agernold y Mikkelsen, 2004; Hogh, Borg y Mikkelsen, 2003; How et al., 2005), (Goldberg y Grandey, 2007; Grandey, Kern y Frone, 2007) (Lapierre, Spector y Leck, 2005; Vartia y Hyyti, 2002) (Tepper, 2000), se muestra de una manera clara los efectos del acoso laboral:

- Incremento de ansiedad y depresión.
- Incremento de estrés laboral.
- Estrés postraumático.
- Empeoramiento de la salud mental.
- Efectos negativos a nivel físico, como la fatiga.
- Cansancio emocional.
- Bajos niveles de satisfacción tanto laboral como vital.

De todos éstos efectos, los más contundentes, según el metaanálisis de Boyling y Beehr (2006) , son las emociones negativas hacia el trabajo, la frustración, baja satisfacción laboral y un fuerte agotamiento emocional (lo que se conoce con el síndrome de Burnout, que se detallará en el siguiente capítulo).

Los efectos negativos para la víctima no solo tienen consecuencias en el ámbito laboral, sino que también pueden verse afectadas facetas de la vida extralaboral.

La gravedad del acoso laboral, como afirma Leymann (1996), es que si se mantiene durante años, puede conducir a una exclusión del mercado laboral, ya que el individuo afectado es incapaz de encontrar un nuevo empleo por el daño psicológico al que ha sido sometido, estados de depresión y ansiedad que pueden incluso, desembocar en suicidio.

Las consecuencias negativas para la víctima se podrían resumir en :

- **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**, cuyas secuelas son tan graves, que en numerosas ocasiones la víctima queda excluida totalmente del mundo laboral para el resto de su vida, llevando incluso al suicidio.

- Daño cerebral , dado que los elementos del acoso laboral, como la agresión, la violencia y la crueldad, durante un tiempo prolongado, producen alteraciones en el área hipotalámico-pituitario-adrenal, así como en el sistema nervioso simpático.

6.2. Concepto de Estrés Postraumático (TEPT).

El origen histórico del TEPT, en Inglés “Posttraumatic Stress Disorder” (PSD), fue introducido tras la guerra del Vietnam para recoger la sintomatología que presentaban aquellos excombatientes tras su regreso a EE.UU.

Azcaráte (2007) define el TEPT como un trastorno de ansiedad que una persona puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso así como una gran desesperanza y horror. Las características más relevantes son un entumecimiento emocional, una fuerte hipervigilancia, una alerta constante de peligro, una gran irritabilidad y una continua reexperimentación del trauma. La causa del síndrome es la violencia sufrida, que afecta directamente dañando el cerebro gravemente, como al sistema endocrino, debilitando el sistema inmunológico.

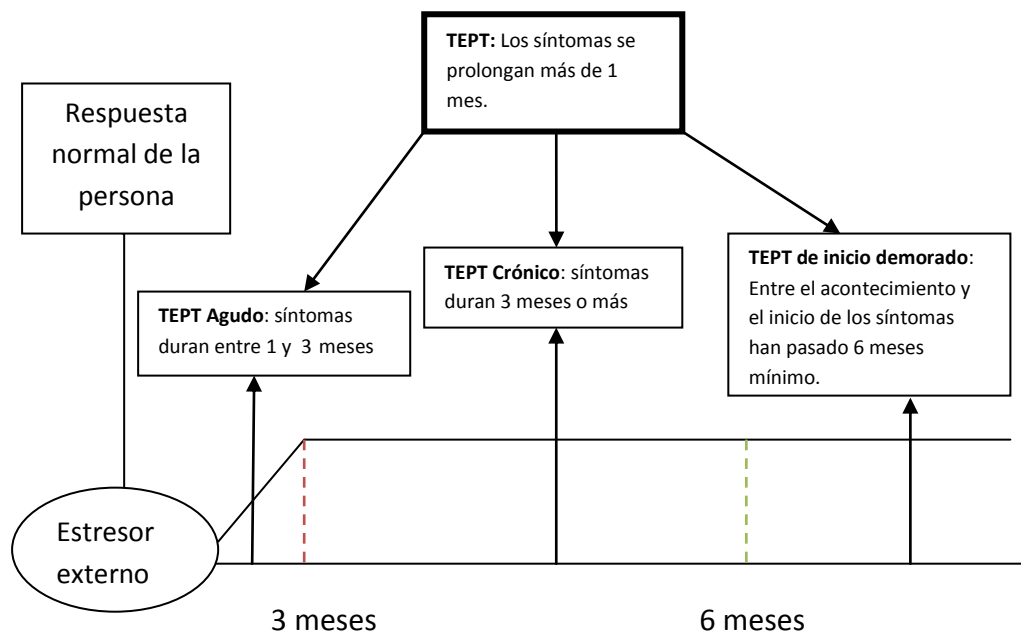
Según Margarita de la Iglesia Marí, especialista en medicina del trabajo, en el estudio de “Enfermedades relacionadas con las condiciones de trabajo: despistaje del síndrome de estrés postraumático por “Mobbing” y elementos del dictamen pericial laboral”, define el Acoso Moral en el trabajo como una vivencia amenazadora para la integridad de la víctima-diana, porque el grupo acosador ataca, repetitivamente, sus conceptos simbólicos vitales; y los testigos mudos le niegan apoyo social. La víctima vive en un estado de vulnerabilidad permanente de indefensión, desesperanza, miedo y angustia vital. En una primera fase sufre una fuerte reacción disociativa que impide una resolución natural del estrés (en menos de 1 mes). Aboca al complejo sintomático de un **trastorno de estrés postraumático retardado y crónico**. Y concluye que la vivencia traumatizante de un acoso moral en el trabajo tiene paralelismos con el síndrome de estrés postraumático, tanto por su clínica típica, como por su disfunción neurobiológica. Y es distinguible de otras situaciones de estrés agudo y de los trastornos adaptativos como el síndrome de fatiga crónica y el “burnout”.

6.3. Síntomas.

Entre los **síntomas** del estrés relacionados con el **TEPT** que se pueden destacar los siguientes:

- Estar expuesto a una situación altamente traumática en el que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad, y la persona ha respondido con un temor, horror o desesperanza intensa. En el caso del acoso laboral se hace difícil la identificación de una sola situación estresante, de acuerdo con Leymann son conductas repetidas a lo largo de un tiempo determinado, pero son suficientemente intensas como para que la persona sienta amenazada su integridad no solo emocional, sino física (aunque en realidad no tienen por qué existir un abuso físico), a lo que la persona responde, con un temor, una desesperanza o un horror intensos (Leymann & Gustafsson, 1996).
- Síntomas de reexperimentación: la persona revive intensamente la experiencia traumática vivida en forma de imágenes o recuerdos invasivos (flashbacks), y pesadillas.
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general de la persona (evitación de estímulos asociados a la situación traumática, incapacidad para recordar aspectos importantes de la situación, reducción del interés o participación en actividades, restricción de la vida afectiva, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, sensación de tener un futuro limitado en el que no podrá tener un mejor empleo o encontrar un nuevo trabajo por ejemplo).
- Incremento de la activación fisiológica, ausente antes de experimentar la situación traumática (dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto).
- Amnesia disociativa (incapacidad para recordar la información relacionada con el hecho traumático), pérdida de interés por aquello que antes le interesaba, y embotamiento afectivo (incapacidad para recibir y expresar sentimientos de felicidad, amor o ternura).

Síntomatología temporal del TEPT según el DSM-IV



6.4. Criterios abreviados para el diagnóstico.

Criterios Abreviados para el Diagnóstico del TEPT según el DSM-IV (APA, 1994)

A1 Exposición al estresor

A2 Reacción emocional al estresor

Se requiere uno o más de los siguientes síntomas:

B1 Recuerdos intrusivos

B2 Sueños que producen malestar

B3 Actuar o sentir como si el suceso estuviese ocurriendo que recuerden el suceso.

B4 Malestar psicológico al exponerse a estímulos que recuerden el suceso.

B5 Respuestas fisiológicas a la exposición de estímulos que recuerden al suceso.

Se requieren tres o más de los siguientes síntomas:

C1 Evitar pensamientos, sentimiento o conversaciones asociadas al estresor.

C2 Evitar actividades, lugares o personas asociadas al estresor.

C3 Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

C4 Reducción del interés en actividades significativas.

C5 Desapego de los demás.

C6 Restricción de la vida afectiva.

C7 Sensación de un futuro desolador.

Se requieren dos o más de los siguientes síntomas:

D1 Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

D2 Irritabilidad.

D3 Problemas de concentración.

D4 Hipervigilancia.

D5 Respuestas exageradas de sobresalto.

E La duración de las alteraciones se prolonga más de un mes.

F Se requiere malestar subjetivo o deterioro.

6.5. Factores.

Factores que inciden en el desarrollo del TEPT.

1. Falta de apoyo social tras haber experimentado el trauma, o durante el trauma (lo que se puede dar en las víctimas de acoso laboral debido a que en muchas ocasiones se les deja solos).
2. Los elevados niveles de estrés que se presentan tras haber experimentado el trauma.
3. La severidad del trauma o de las situaciones traumáticas.

6.6. Consecuencias biológicas del TEPT: Daño cerebral.

El estrés extremo producido por una violencia continuada, hace que el cuerpo del acosado responda biológicamente liberando una gran cantidad de cortisol, adrenalina y otras hormonas que pueden dañar las células cerebrales, alterar la memoria y disparar una desregulación de la compleja bioquímica del organismo.

El cuerpo responde biológicamente frente a una situación de estrés, pero cuando este estrés es producido por el acoso laboral, al ser tan prolongado en el tiempo, llega un momento que la respuesta “normal” se colapsa, y se agota, dando lugar a daños cerebrales, con efectos de larga duración (Azcárate 2007). El hipocampo es dañado por el cortisol, y en aquellas personas como lo son las víctimas del acoso laboral, que se ven sometidos una violencia continuada, puede verse disminuido este hipocampo hasta en un 25%.

El hipocampo es la zona del cerebro donde reside la capacidad de aprender una nueva asociación, es decir, aprender de la experiencia, no repetir los mismos errores. La amígdala regula la respuesta emocional y la corteza prefrontal interpreta las expresiones emocionales de las personas con las que te relacionas. En el TEPT están alteradas estas tres estructuras, por lo que el sujeto que lo padece tiende a repetir su conducta en las relaciones interpersonales ya que no aprende y además interpreta incorrectamente las expresiones emocionales de los otros. Esto le lleva a aislarse para evitar el daño. También explicaría las revictimizaciones en ambientes diferentes: en otro trabajo, en otro colegio, con otra pareja... La ausencia de respuesta se lo pone fácil al agresor, pero esta indefensión no es debida a la “personalidad” de la víctima, ni a una “vulnerabilidad” intrínseca, sino que el padecimiento de una agresión que resulta en TEPT con daño cerebral, favorece otras agresiones.

Afortunadamente, esta situación no es irreversible, y en contra de lo que hasta ahora se pensaba, este hipocampo puede recuperarse de los daños sufridos, puesto que se ha demostrado que es la única parte del cerebro que puede regenerar neuronas (Goul, Tanapat , McEwen, Flugge y Funchs 1998). Una ayuda temprana a las víctimas después del suceso traumático puede reducir los síntomas del TEPT (Azcárate 2007).

6.7. Datos epidemiológicos de la incidencia del TEPT en los casos de acoso laboral.

Diversos estudios han señalado que entre las víctimas de acoso la probabilidad de padecer TEPT es elevada (Leymann y Gustafsson, 1996; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004). Basándose en observaciones clínicas, Leymann y Gustafson (1996) encontraron que el TEPT constituía el diagnóstico adecuado de aproximadamente el 90% de una muestra de 64 víctimas de acoso.

En un estudio finlandés entre 350 empleados universitarios, 19 personas que habían sufrido acoso fueron entrevistadas en un estudio longitudinal (Bjorkqvist y cols., 1994). Las víctimas experimentaron insomnio crónico, varios síntomas nerviosos, como ansiedad, depresión y agresividad, melancolía, apatía, falta de concentración.

En otra investigación, 100 víctimas de hostigamiento fueron entrevistados para evaluar el impacto de esta problemática en su funcionamiento psicológico, interpersonal y social (Pthe y Mullen, 1997). La mayoría de las víctimas fueron sometidas a múltiples formas de acoso, como el ser constantemente desacreditado, perseguido, y haber sido amenazado. El 83% informó de altos niveles de ansiedad, mientras que el 55% indicó padecer pensamientos intrusivos y flashbacks sobre la situación traumática. El 37% cumplió los criterios diagnósticos del TEPT.

6.8. Tratamiento del TEPT.

Una vez detectado que los síntomas y signos del trastorno de estrés postraumático están presentes, y se prolongan más de un mes, y producen deterioro familiar, social o laboral, debe considerarse la necesidad de tratamiento idóneo, según la fase y el tiempo de evolución transcurrido.

Ante toda persona con trastorno de estrés postraumático, se ha de tener presente que la evolución sin tratamiento tiende hacia la cronicidad y las reagudizaciones periódicas.

Los objetivos del tratamiento del TEPT, van dirigidos a :

- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

Por otra parte, con frecuencia, este tipo de pacientes tienden a complicarse, adquiriendo otros trastornos como son la depresión, el abuso de sustancias o los comportamientos autolíticos. Por ello, es necesario iniciar los tratamientos antes de que el problema se haya hecho crónico.

Las pautas terapéuticas específicas para este tipo de trastornos, consisten en varias modalidades que implican: medidas psicoeducativas, tratamientos cognitivos (terapia de exposición) y psicofarmacoterapia, fundamentalmente con medicamentos antidepresivos, con capacidad ansiolítica.

Los principales tratamientos son:

- Psicoterapia u “Orientación”
- Terapia con medicamentos.

En la mayoría de ocasiones, se combinan ambas terapias.

Los siguientes tratamientos para el TEPT son eficaces:

- + Terapia cognitiva conductual (TCC)
 - + Terapia de procesamiento cognitivo (TPC)
 - + Terapia de exposición prolongada (EP)
- + Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)
- + Medicamentos llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Los objetivos terapéuticos de las primeras horas consisten en reducir el miedo, el elevado nivel de ansiedad y la importa neuronal. Durante los primeros días el tratamiento se dirige a la reducción de la sensibilización y la consolidación en la memoria, y posteriormente, se encuentran los objetivos siguientes: mejoría de los síntomas, aumento de la capacidad de adaptación al estrés, disminución del riesgo de comorbilidad secundaria al TEPT (uso/abuso de alcohol u otras sustancias, conductas violentas, conductas autolíticas, etc.), aminoramiento de la discapacidad (funcionamiento y participación social) y mejoría de la calidad de vida del paciente.

Tradicionalmente, se han utilizado diferentes psicofármacos antidepresivos (antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la moamino oxidasa, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) que han demostrado ser eficaces para este tipo de pacientes. En la actualidad también existen estudios de investigación que demuestran resultados muy prometedores en pacientes con TEPT, tratados con los nuevos medicamentos antipsicóticos y con los recientes anticonvulsivantes.

Recientemente, ha sido alcanzado uno de los hitos en la psicofarmacología del TEPT, por lo que la FDA (Food and Drug Administration) y la Agencia Europea del Medicamento, han concedido la aprobación de un antidepresivo (sertralina) como psicofármaco específico para el tratamiento del TEPT. En los últimos meses, otros psicofármacos de nueva generación capacidad antidepresiva y ansiolítica, han demostrado también ser fármacos seguros, eficaces y con buena tolerabilidad para el tratamiento de este subtipo de pacientes afectados de trastorno de ansiedad.

Estos psicofármacos de primera línea terapéutica han demostrado ser eficaces sobre los tres grupos de síntomas del TEPT, como son la re-experimentación del acontecimiento, evitación de las circunstancias relacionadas y embotamiento afectivo y cognoscitivo, así como aumento del nivel de activación y tono cerebral. Sin embargo, para algunos de estos pacientes se recomienda utilizar medicación ansiolítica o hipnótica, particularmente en las primeras semanas del tratamiento.

6.9. Conclusiones.

En definitiva, se puede considerar que la relación existente entre el acoso laboral y el estrés, es que una situación de acoso laboral, conlleva un nivel de estrés máximo, que prolongado en el tiempo, tiene consecuencias fatales para la víctima. Hay que actuar sobre la violencia en sí y no tratar a la víctima como responsable de su situación.

Es importante señalar, aunque no sea objeto de este trabajo, la importancia que el síndrome de TEPT provoca en los niños objeto de bullying, la tendencia al asilamiento y la falta de autonomía provocará una disminución de experiencias, de formación y de desarrollo cognitivo afectando, mucho más que en un adulto a su inteligencia. Los actos agresivos sobre un niño, las experiencias de miedo, conllevan alteraciones en el comportamiento. Si el miedo persiste se altera la biología y la morfología cerebral provocando un TEPT que a su vez puede favorecer la expresión genética de una enfermedad mental heredada, que sin violencia puede que no se hubiera expresado. Estos tres factores ligados: eventos traumáticos tempranos, daño cerebral y enfermedad mental es lo que parece ser que se considera hoy la etiología de la personalidad violenta.

Las **conclusiones** extraídas en todo este contexto serían:

- La violencia psicológica mantenida provoca daño cerebral.

- El Trastorno de Estrés Postraumático es una patología multisistémica que afecta al sistema límbico, al sistema endocrino, al sistema inmunológico, al sistema nervioso autónomo. La sintomatología típica, además de la ansiedad, incluye alteración del sueño, de la memoria, del aprendizaje, de los ritmos biológicos, de la temperatura corporal, del tránsito intestinal, de la acomodación, de la regulación del ritmo cardíaco, de la vascularización de la piel...etc.
- El trastorno de Estrés Postraumático puede llevar a la víctima a no reconocer la agresión y a no aprender de sus errores.
- El daño cerebral es efecto de esta violencia y no la causa que favorezca ser víctima de la misma.
- Es posible, mediante pruebas biológicas, diagnosticar un trastorno de estrés postraumático secundario a la violencia psicológica.
- Es posible, mediante pruebas biológicas, diferenciar un trastorno de estrés postraumático de otras patologías (depresión, ansiedad), incluso la ausencia de patología (simulación).
- La víctima podrá acudir a la justicia con pruebas sólidas con las que probar su daño y reclamar sus derechos.
- Hay que seguir investigando sobre la reversibilidad de los cambios provocados por el estrés postraumático, y su tratamiento.
- Las experiencias de la vida modifican la química cerebral. La violencia mantenida provoca un daño neurológico, por tanto, en su antítesis se podría afirmar que entorno libres de miedo y ausentes de violencia, pueden ayudar a que seamos personas más inteligentes y felices.
- Existe un gran desconocimiento de esta patología por parte de la sociedad y de sus sanitarios. Se hace necesario un reciclaje, para evitar una revictimización del paciente, y mayor sensibilidad ante éstas situaciones.
- Se hace necesario la creación de equipos multidisciplinares para el tratamiento y seguimiento de las víctimas: médicos, psicólogos, juristas, psiquiatras, neurólogos, endocrinos, sindicatos, salud laboral, mutuas, servicios de prevención de riesgos...
- Es imprescindible prevenir y erradicar la violencia, para evitar todos los daños y consecuencias que tiene tanto para la víctima como para la sociedad.

7. ESTRÉS LABORAL, SÍNDROMES RELACIONADOS, Y SU INCIDENCIA EN EL COLECTIVO SANITARIO.

En el colectivo sanitario, y más concretamente, en el ámbito hospitalario, por las peculiaridades, la organización y el tipo de trabajo, tiene una incidencia mayor a sufrir estrés laboral y síndromes relacionados, que en otros sectores de actividad.

En el ámbito hospitalario, los trabajos a turnos, las guardias, ciertos servicios como el área de urgencias, cuidados intensivos, ...etc, hace que se trabaje con una elevada **carga mental**; lo que puede ocasionar una disminución de las condiciones psíquicas y físicas del personal, favoreciendo la aparición de accidentes. Además en el trabajo interviene otra serie de variables que hacen referencia al trabajo en sí a la organización del mismo, el trabajo nocturno (el hecho de trabajar de noche tiene una serie de consecuencias en el equilibrio de las personas pudiendo ocasionar serias alteraciones a distintos niveles: físicos, psíquicos y sociales). Además en el trabajo hospitalario supone la aplicación de unos conocimientos científicos y técnicos, en condiciones que en algunas ocasiones pueden conducir a situaciones de sobrecarga y por consiguiente, a posibles alteraciones patológicas. En este caso la carga mental viene dada por la necesidad de dar respuesta inmediata a informaciones complejas de numerar y constantemente diferentes.

Se pueden diferenciar dos tipos de factores:

- Factores derivados de la tarea:
 - + Cantidad de datos a elaborar.
 - + Información fluctuante.
 - + Presión temporal.
 - + Estado de los pacientes.
 - + Trato con pacientes y familiares.

- Factores de la organización:
 - + Comunicaciones.
 - Entre departamentos.
 - Entre turnos.
 - Entre estamentos profesionales.
 - + Participación.
 - + Ambigüedad de roles.
 - + Interferencias con otras tareas.

Las características del medio socioprofesional hospitalario son predominantes en la aparición de la carga mental debida al trabajo; la organización del trabajo, la creciente complejidad de las técnicas médicas, la existencia de situaciones de incertidumbre, o presiones temporales, la gravedad de los enfermos, el trato con los pacientes y los familiares de éstos; unido a la creciente aplicación de nuevas tecnologías que imponen graves exigencias a la capacidad humana junto al horario de trabajo (turnos rotativos que influye en el ciclo circadiano), son factores desencadenantes de la carga mental que sufre un elevado porcentaje de personal sanitario.

El **Burnout** en el ámbito hospitalario. A pesar que teóricamente el centro de trabajo es un sistema abierto, que mantiene relaciones de intercambio con el entorno, las tremendas responsabilidades que conlleva el trabajo sanitario, la falta de organización, el crecimiento de la tecnología, la división e intensificación del trabajo, la deficiente participación de los profesionales en los objetivos del sistema, las frustraciones frecuentes, la burocratización excesiva, la masificación, el clima laboral autoritario, la rutina de los procedimientos, la excesiva competitividad, el hipercontrol, los cambios sucesivos de departamento, y el tratar con cierto tipo de pacientes (por ejemplo con pacientes oncológicos)... genera una situación constante de ansiedad, de mal humor, importantes cambios en la conducta y en la personalidad del personal sanitario que lleva a generar dificultades en el trabajo e incluso en la propia familia y en la sociedad. El profesional sanitario considera que el medio laboral del hospital en muchas ocasiones excede a los propios recursos para superar las distintas situaciones al principio mencionadas, lo que pone en peligro su situación de salud y bienestar, apareciendo conductas de evitación, de absentismo laboral y de distintos trastornos psicosomáticos o de la personalidad, ya que el propio concepto de persona y de autoestima se ve deteriorada.

El personal sanitario- médicos, enfermeras y auxiliares principalmente- que trabajan con enfermos oncológicos tienen mayor riesgo de padecer estrés laboral, además de incidir notablemente en la salud este grupo de profesionales tienen un riesgo dos veces superior que cualquier trabajador sanitario de sufrir un ataque cardíaco. Es muy importante tener en cuenta el estado psicológico del enfermo, ya que actúa consciente e inconscientemente en el personal sanitario, prestando especial atención a los pacientes oncológicos por ser enfermos con apatía, falta de ilusión y vacío existencial, sensación de soledad, ... son enfermos desesperanzados en la mayoría de las ocasiones que llegan a la convicción personal de que no hay nada que merezca la pena, lo que se conoce como diselpia (Lain Entralgo). Todo ello supone un

fuerte desgaste emocional para el personal sanitario que le atiende diariamente. Estudios realizados han demostrado que médicos oncólogos, presentan un determinado rasgo de conducta: sensación de urgencia del tiempo, tendencia a la hostilidad interpersonal, gran impaciencia, alta implicación laboral, autoconcepto negativo de sí mismo, todo ello se relaciona con el patrón de conducta A, lo que ha sido validado clínicamente como factor de riesgo de coronariopatía y de otras afecciones psicósomáticas. Dada la importancia y la magnitud de esta afectación por el personal sanitario, se ha considerado tratar esta patología derivada del estrés en un apartado distinto, por ello ha sido considerado por el Tribunal Superior de Justicia como accidente de trabajo.

El personal de enfermería, tiene un riesgo añadido: la ambigüedad del rol, las funciones de los distintos estamentos laborales no se encuentran lo suficientemente definidos, lo que lleva a un desconocimiento de hasta dónde pueden llegar las responsabilidades y obligaciones de cada uno, además de la gran cantidad de información compleja con la que tienen que trabajar diariamente, ya que cada enfermo tienen patologías distintas, con un tratamiento distinto, con pautas diferentes, ... todo ello lleva a tener que aumentar la capacidad de atención y concentración lo que genera un agotamiento emocional importante.

Un estudio realizado en el área sanitaria 2 de Madrid entre mil médicos ha estimado la prevalencia del síndrome del "quemado" en un 30 por ciento de estos profesionales. Los profesionales encuestados pensaban que tenían pocas posibilidades de promoción, que su trabajo era estresante, apenas estaba reconocido, contaban con medios escasos y jornadas laborales tan largas que llegaban a alterar sus ritmos de sueño.

En 1996 la Organización Mundial de la Salud reconocía la existencia de un 40% de facultativos afectados y en diciembre de 2002, la Organización Médica Colegial cifraba los afectados españoles en 32.000, el 20 por ciento del total.

El problema se origina por el aumento de la presión asistencial y de la burocracia, la mayor cartera de servicios que ofrecen las administraciones (lo que provoca que sea mayor la demanda pero no se acompaña de una mejora de las condiciones de trabajo), la demora cero o el aumento de las denuncias.

Se da mucho más en jóvenes, mujeres, y formadores, en las especialidades de clínicas y en las que más carga asistencial tienen. Donde más afectados hay es en psiquiatría y donde menos en Pediatría.

La relación de este personal con su enfermedad pasa generalmente por una minusvaloración de los síntomas y por el uso de procedimientos distintos a los que se aconsejan a los pacientes, siendo muy habituales las denominadas consultas de pasillo, que se suceden siempre de manera informal.

Cerca de un 20% de los médicos de Atención Primaria manifiestan un síndrome de Burnout, como consecuencia sobre todo del estrés laboral y la falta de motivación, en estos casos, la insatisfacción se acompaña de angustia y desinterés por la práctica de la profesión.

Los expertos insisten en que el propio ejercicio de la profesión es en sí mismo estresante, y por ello, capaz de desencadenar conductas adictivas. Incluso, se señala que el empeoramiento de las condiciones laborales, la situación de la profesión o la ausencia de promoción profesional podrían explicar el aumento del número de médicos enfermos, sobre todo con patologías de origen psiquiátrico o de carácter adictivo.

Durante muchos años, la falta de confidencialidad, hacía que muchos profesionales sanitarios no pidiesen ayuda, y compañeros sabiendo la estigmatización de este tipo de enfermedades, en la mayor parte de ocasiones se limitaban a tapar las carencias del compañero para evitar posibles sanciones.

Cuatro artículos publicados en el último número de la revista “Annals of Internal Medicine”, que edita la sociedad norteamericana de la especialidad, analizan las múltiples consecuencias de síndrome del quemado en los médicos residentes de Medicina Interna.

Un estudio con 115 MIR internistas encontró que el 76% sufría este síndrome, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y sensación de no llegar a cumplir con sus cometidos. De los afectados, la mitad estaba deprimido y un 9% abusaba del alcohol. Los residentes que sufrían este mal estaban menos contestos con sus carreras que sus compañeros y aseguraban que en ocasiones prestaban atención insuficiente a sus pacientes.

Otro artículo de la revista se centra en los resultados de una encuesta realizada en los 415 programas de residencia de la especialidad en Estados Unidos. Unos 4.130 residentes contestaron al cuestionario y buena parte se quejó de la excesiva carga de trabajo que soportan y los bajos salarios. El 35% de los residentes comunicó cuatro o cinco síntomas de depresión, por encima de lo habitual en la población estadounidense. El 61% aseguró que a medida que progresaba en la residencia se volvía más cínico.

Dentro de los profesionales sanitarios, es común, el sentimiento de responsabilidad patológica del profesional que no puede atender la demanda como debería, la falta de apoyo social, la relación cada vez más contractual del médico con la sociedad o la falta de autoconfianza.

Respecto al **acoso laboral**, el sistema sanitario público propicia la aparición del acoso moral sobre los médicos, es un medio que favorece la impunidad de los acosadores. Es lo que se entiende por una organización tóxica, es decir, que reúne características que facilitan el acoso moral. Hay que eliminar el mito de que existen trabajadores que por sus características personales son víctimas propiciatorias. No hay evidencias científicas del extremo, mientras que sí está comprobada la psicopatología de los acosadores. En España hay alrededor de un millón de los denominados psicópatas organizacionales, que suelen presentar trastornos narcisistas.

El acosador ve en la víctima una amenaza, ya que los acosados suelen ser profesionales brillantes y que se distinguen de forma positiva en el entorno laboral. El mobbing por sí mismo no es una enfermedad, pero genera enfermedades.

Para luchar contra él, se recomienda denunciar el caso y hacer frente al acosador, ya que en el momento en que se siente descubierto y vulnerable suele desistir.

7.1. Estudio de las condiciones de trabajo en el ámbito sanitario en relación con el resto de sectores. Análisis estadístico.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), órgano científico-técnico de la Administración General del Estado, y dependiente de la Secretaría de Estado de Empleo, tiene encomendada, entre sus funciones más relevantes, la de mantener un conocimiento actualizado de las condiciones en que los trabajadores realizan su trabajo en España. Para ello, uno de los instrumentos fundamentales con los que cuenta es la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT), investigación que viene realizándose periódicamente desde 1987.

En esta encuesta los trabajadores informan cómo perciben sus propias condiciones de trabajo.

Así en 2011 el INSHT realizó la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VII ENCT) con el fin de obtener información fiable sobre las condiciones de trabajo de los distintos colectivos de trabajadores.

MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO

El estudio se ha realizado con una muestra de 8.892 trabajadores ocupados, mediante entrevista personal en el domicilio del trabajador y un cuestionario de 62 preguntas, para el estudio de todos los aspectos relevantes de las condiciones de trabajo y su relación con la salud y seguridad de los ocupados.

FICHA TÉCNICA

Ámbito poblacional y geográfico.- Población ocupada de 16 y más años, de todas las actividades económicas, que reside en viviendas familiares. El ámbito geográfico es todo el territorio nacional con excepción de Ceuta y Melilla.

Procedimiento de muestreo.- La muestra se ha diseñado de acuerdo con un muestreo trietápico estratificado. Como estratos se han considerado el cruce de comunidad autónoma y el tamaño de municipio. En cada estrato se ha seleccionado, en primera etapa, una muestra de secciones censales con probabilidades proporcionales al tamaño de cada sección; en segunda etapa, de cada sección censal elegida en la primera, una muestra de viviendas con probabilidad igual para cada una de las viviendas de la sección; por último, y dentro de cada vivienda seleccionada en segunda etapa, se ha elegido aleatoriamente un ocupado residente en la misma.

Tamaño de la muestra.- Se han realizado un total de 8.892 entrevistas a trabajadores ocupados.

Recogida de información.- Entrevista personal en el domicilio del trabajador.

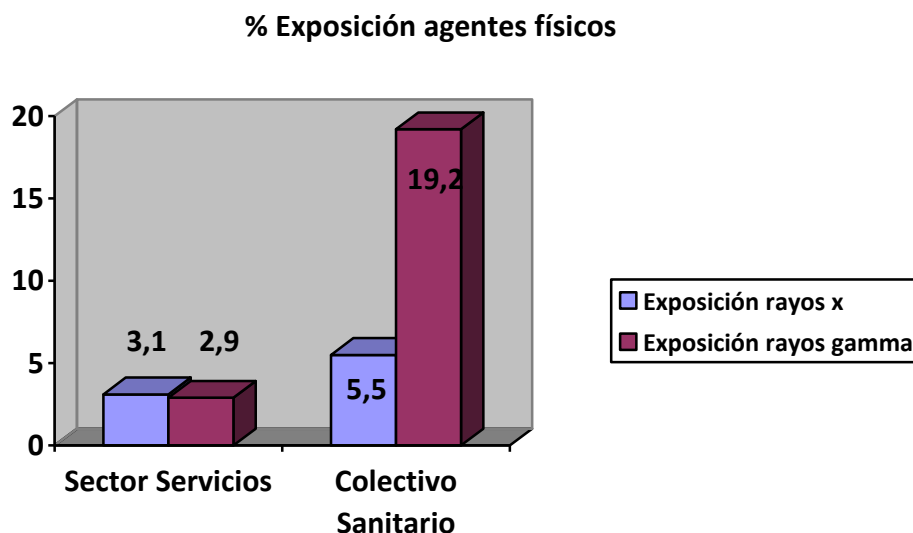
Cuestionario.- El cuestionario consta de 62 preguntas y se estructura según los bloques temáticos siguientes: situación laboral y tipo de contrato; datos del centro de trabajo; tipo de trabajo; agentes físicos; contaminantes químicos y biológicos; condiciones de seguridad; diseño del puesto, carga de trabajo y factores psicosociales; organización de la prevención; horario de trabajo; actividades preventivas; información y formación; conductas violentas en el trabajo; daños a la salud; y datos personales.

Error muestral.- Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $P=Q$, el error para el conjunto de la muestra es de $\pm 1,06\%$.

Trabajo de campo.- El trabajo de campo fue realizado entre el 19 de octubre de 2011 y el 21 de febrero de 2012.

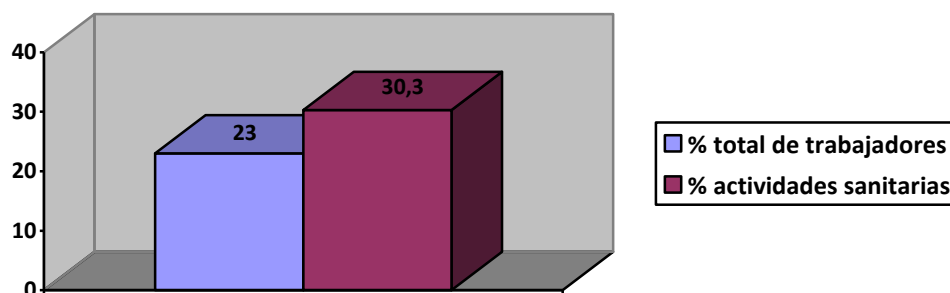
De entre los principales resultados que proporciona esta Encuesta cabe destacar dentro del ámbito sanitario, por su mayor incidencia los siguientes:

La exposición a **agentes físicos**, Microondas y rayos-x, rayos gamma o radioisótopos son más frecuentes en el sector Servicios (3,1% y 2,9%). Cabe destacar que el 5,5% de los trabajadores de Actividades sanitarias y sociales están expuestos a emisiones de radiaciones microondas y el 19,2% a rayos-x, rayos gamma o radioisótopos.



La exposición a **agentes químicos**, derivada tanto de su manipulación como de su inhalación, afecta al 23% de los trabajadores. La gran mayoría de estos consideran que disponen de información sobre los riesgos y de las medidas preventivas a adoptar frente a los contaminantes químicos, bien por los datos de la propia etiqueta impresa en el recipiente, bien por la información suministrada por su empresa. Aunque en el conjunto del sector Servicios la exposición a agentes químicos es menor, destaca el elevado porcentaje de personas expuestas a sustancias nocivas (sobre todo debido a la manipulación) en la rama de Actividades sanitarias y sociales (30,3%)

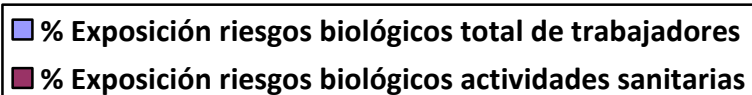
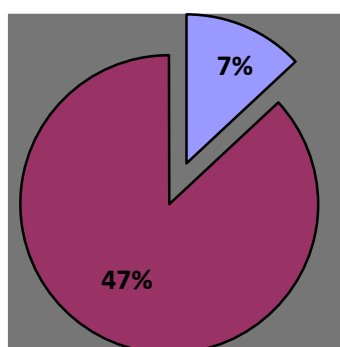
% Exposición agentes químicos



Algo más del 7% de los ocupados está expuesto en su trabajo a **contaminantes biológicos**. Los trabajadores de las Actividades sanitarias y sociales son los que están expuestos en mayor medida (47%), tanto porque deben manipularlos como porque pueden entrar en contacto con ellos de forma accidental.

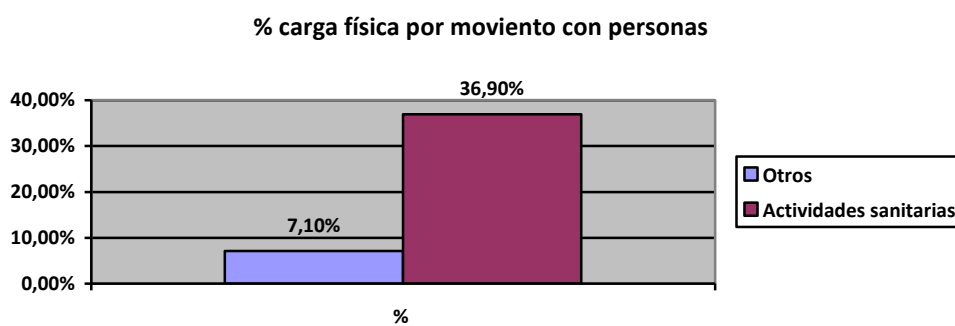
La exposición percibida a materiales infecciosos, se puede dar bien de forma deliberada porque la tarea implica necesariamente la manipulación de estos materiales (porque se trabaja en laboratorios de diagnóstico microbiológico, con animales de experimentación, en la obtención de vacunas, insulina u otros medicamentos, en procesos de fermentación, etc.) o bien porque, debido a la naturaleza de la tarea, el trabajador puede entrar en contacto con estos materiales (en la atención de enfermos, el trabajo con animales, el tratamiento de residuos, etc.).

% Exposición a contaminantes biológicos



Otros indicadores de enorme impacto, por su magnitud y consecuencias asociadas, son los relacionados con los **requerimientos físicos de la tarea**. Las exigencias físicas más habituales son: repetir los mismos movimientos de manos o brazos (59%) y adoptar posturas dolorosas o fatigantes(36%). En ambas circunstancias la frecuencia de exposición de las mujeres es superior a la de los hombres. En conjunto, el 84% de los trabajadores señala sentir alguna molestia que achaca a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realiza. También, en general, la frecuencia de quejas por molestias músculo-esqueléticas es significativamente superior entre las mujeres.

Específicamente, en la rama de Actividades sanitarias y sociales destaca el elevado porcentaje de trabajadores que levantan o mueven personas (36,9%), sobre el resto de actividades siempre inferior al 7,1%.



A través de una pregunta de respuesta múltiple se indaga sobre las zonas del cuerpo donde el trabajador siente molestias que achaca a posturas y esfuerzos derivados de su trabajo, pudiendo señalar hasta tres zonas. En 2011 ha aumentado 3,8 puntos porcentuales (77,5%), respecto a 2007 (73,7%), el porcentaje de trabajadores que sienten alguna molestia que achacan a posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realizan. Entre las molestias más frecuentes figuran las localizadas en la zona baja de la espalda, la nuca/cuello y la zona alta de la espalda .

Por rama de actividad, son los trabajadores de las Actividades sanitarias y sociales los que más sienten alguna molestia (83,8%), seguidos por Transporte y almacenamiento (81,7%), Metal (80,2%) y Hostelería (80,1%).

Así mismo, varios indicadores relativos a las **exigencias derivadas de factores psicosociales** del trabajo han empeorado respecto a cuatro años antes. Así, ocurre con el nivel de atención exigida en la tarea, con la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado, tener que trabajar muy rápido o deber atender varias tareas al mismo tiempo.

Por último, más de siete de cada diez ocupados tiene algún problema de salud. Para la mayoría de ellos, sus problemas de salud están relacionados (originados o agravados) por el trabajo que realizan, en particular quienes presentan algún trastorno musculoesquelético, pero también los que manifiestan sufrir cansancio y agotamiento, y estrés.

INDICADORES RELATIVOS A LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Los indicadores relativos a los factores de riesgo psicosocial en la Encuesta se pueden agrupar en tres ámbitos: uno es el de las exigencias del trabajo a las que el trabajador debe hacer frente para el cumplimiento de su tarea, otro es el grado de autonomía de que dispone para decidir cómo ejecutar la tarea y el tercero es el relativo a las relaciones sociales en el trabajo, analizadas a través de indicadores como el nivel de apoyo, el reconocimiento del trabajo y las situaciones de violencia sufridas.

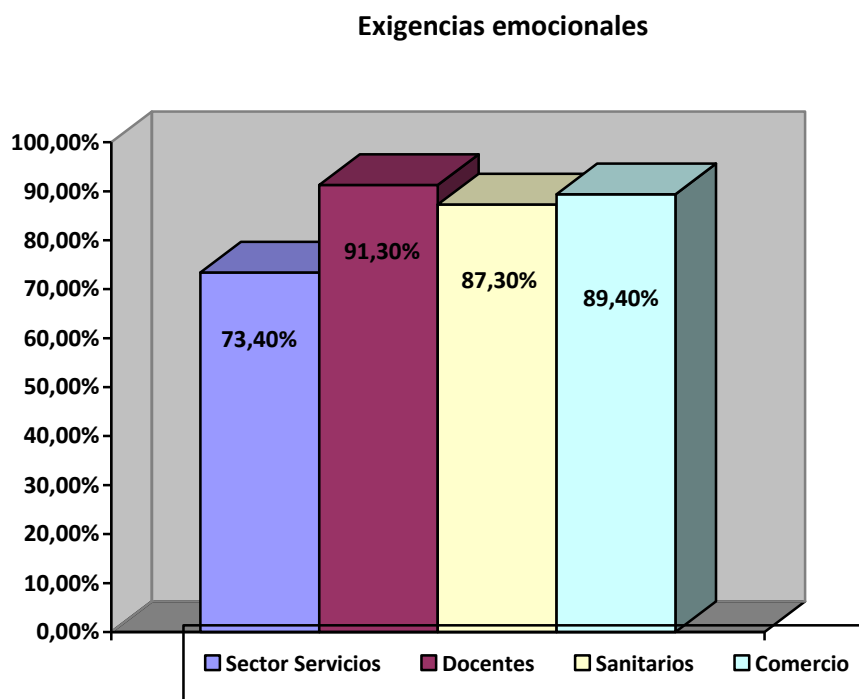
COLECTIVOS QUE CON MAYOR O MENOR FRECUENCIA INDICAN QUE TIENEN MUCHO TRABAJO Y SE SIENTEN AGOBIADOS

	COLECTIVOS EN LOS QUE ES MENOS FRECUENTE	COLECTIVOS EN LOS QUE ES MAS FRECUENTE
Sector de actividad	Agrario (16,5%)	Servicios (24,8%) Construcción (24%) Industria (21,2%)
Tamaño de plantilla	Centros de 1 a 10 trabajadores (20,6%)	Centros de 250 o más trabajadores (30,2%)
Ocupación	Trabajadores agropecuarios (15,8%)	Defensa y seguridad (17%) Trabajadores de la industria tradicional (17%) Personal sanitario (33,8%) Directivos (31,4%) Personal docente (29,2%)
Tipo de contrato	Temporal (20,6%)	Indefinido (25,7%)
Sexo	Hombre (23,4%)	Mujer (24,5%)
Edad	16 a 24 años (20%) 55 y más años (20,3%)	25 a 54 años (24,7%)

1. Exigencias emocionales.

Las exigencias “emocionales” del trabajo cuando el ocupado debe tratar con pacientes, es un aspecto que debe tenerse en cuenta desde un punto de vista preventivo. En esta situación el trabajador debe dominar y, a menudo, reprimir sus emociones al tiempo que intentar controlar las emociones de las personas a las que está dando servicio, lo cual puede ser vivido como una fuente de conflictos emocionales muy estresante. Esto no significa que el contacto con el público sea necesariamente una fuente de riesgo psicosocial puesto que muchos trabajadores desarrollan gustosamente sus tareas en estas actividades.

Naturalmente, a los trabajadores del sector Servicios (73,4%) les atañe más este aspecto que al resto de los sectores; y, dentro de este sector, a ocupaciones como Personal docente (91,3%), Personal sanitario (87,3%) o Trabajadores del comercio (89,4%).



También es más frecuente entre las mujeres (68,6%) que entre los hombres (59,4%).

No hay que olvidar, por otra parte, que sobre todo en algunas actividades este tipo de trabajo conlleva el riesgo de sufrir actos violentos. En este sentido, la Encuesta aporta diferentes datos que evidencian esta situación de trabajo. El 12,7% de los que trabajan “siempre o casi siempre” o “a menudo” de cara al público ha señalado que tiene el riesgo de sufrir atracos, agresiones físicas u otros actos violentos; para el conjunto de los trabajadores la frecuencia es del 8,9%.

De entre los primeros, el 26,5% manifiesta que faltan los equipos materiales o humanos necesarios para garantizar la seguridad frente a este riesgo. Mientras que, en general, el 3,8% de los ocupados manifiesta que durante el último año ha sido objeto de amenazas de violencia física, este porcentaje sube al 5% entre los que trabajan “siempre o casi siempre” o “a menudo” de cara al público. El 2,4% del total de ocupados expresa que durante el último año ha sido objeto de violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo; es el 3,2% entre los que trabajan “siempre o casi siempre” o “a menudo” de cara al público.

La exposición a conductas violentas en el trabajo se ha determinado preguntando a los trabajadores si han sido objeto, en los doce meses anteriores a la entrevista, de alguna situación violenta en el ámbito del trabajo dentro de un listado de distintas opciones. El 89,1% de los trabajadores declara no haber sufrido conductas violentas. Del 11% que declara haber sufrido alguna, el 22,7% ha contestado “a menudo” y el 84,5% “a veces”. Las conductas violentas a las que con más frecuencia señalan los trabajadores haber estado expuestos son:

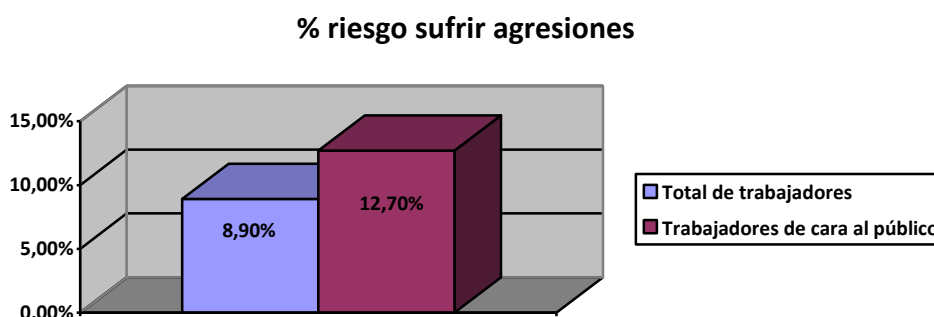
- a) agresiones verbales, rumores o aislamiento social,
- b) amenazas de violencia física y
- c) violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo.

La discriminación por discapacidad, orientación sexual o religión son las conductas violentas menos mencionadas por los trabajadores.

Por sector de actividad, los trabajadores de Servicios manifiestan haber sido objeto de algún tipo de violencia en un 12,9% frente al resto de sectores cuyos datos oscilan entre el 4% y el 6%. Así pues, son los que con mayor frecuencia señalan ser objeto de agresiones verbales, rumores o aislamiento social(8,7%), amenazas de violencia física (4,7%) y violencia física cometida por personas no pertenecientes al lugar de trabajo (2,9%). Por rama de actividad, y en consonancia con lo anteriormente expuesto, son los trabajadores de las

Actividades sanitarias y sociales y los trabajadores de la Administración pública y educación los que se encuentran expuestos en mayor medida a agresiones verbales, rumores o aislamiento social (17,9% y 12,1%, respectivamente), además de a amenazas de violencia física (9,6% y 7,8%) y a violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo (6,4% y 5,1%). Atendiendo a la ocupación, el personal de Defensa y Seguridad junto con el Personal Sanitario son los más expuestos a agresiones verbales, rumores o aislamiento social (27,4% y 17%, respectivamente), además de a amenazas de violencia física (27% y 9,5%) y a violencia física cometida por personas no pertenecientes al lugar de trabajo (21,4% y 6,2%).

A medida que aumenta el tamaño de plantilla del establecimiento de trabajo, se observa un aumento de exposición a conductas violentas. Así, han sido objeto de alguna conducta violenta el 8,1% de los ocupados en establecimientos inferiores a 11 trabajadores, mientras que lo ha sido el 16,3% de los de establecimientos de 250 o más. En los centros de trabajo con plantillas superiores a 250 trabajadores, un 11,5% se encuentra sometido a agresiones verbales, rumores o aislamiento social y un 6,9% a amenazas de violencia física, frente al 5,2% y 2,6%, respectivamente indicados por los ocupados en centros con menos de once trabajadores. La manifestación de sintomatología de corte psicossomático es significativamente mayor en los trabajadores expuestos a conductas violentas en el trabajo que en quienes no son objeto de tales comportamientos. Así pues, se observa que los trabajadores expuestos refieren quejas por dolor de cabeza (26,4%), problemas para conciliar el sueño (22,9%) y estrés, ansiedad o nerviosismo (38,2%) frente a los trabajadores que dicen no estar expuestos (12,5%, 8% y 14,6%, respectivamente).



2. Grado de Autonomía.

Un aspecto que afecta al grado de autonomía del trabajador en la realización de su actividad es el relativo a los condicionantes del ritmo de trabajo. La *atención personal* y los *plazos de tiempo establecidos* son los que con mayor frecuencia condicionan el ritmo de trabajo. La primera se impone a siete de cada diez ocupados del sector Servicios, mientras que los plazos son más frecuentes en la Construcción, donde afecta también a siete de cada diez, y en Industria donde afecta a dos de cada tres.

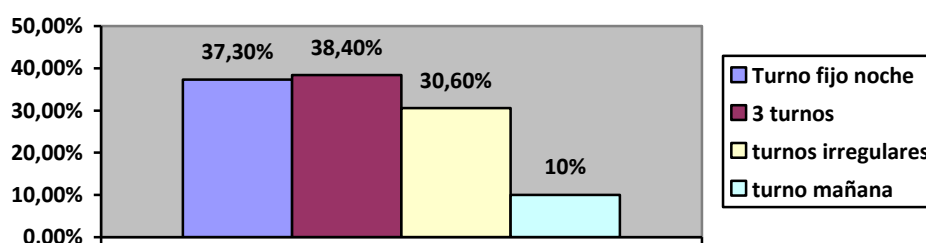
En lo que respecta al trabajo a turnos, en la Industria afecta al 28,7% y en las empresas más grandes, de 250 y más trabajadores, a uno de cada tres empleados. Entre las ramas de actividad destacan las Actividades sanitarias y sociales (37,1%) pero también es importante este tipo de organización horaria en la Química, saneamiento y extractiva, el Metal y la Hostelería (31,6%, 32,6% y 30,7%, respectivamente). Por su parte, el trabajo nocturno, bien fijo o más habitualmente a turnos, afecta más frecuentemente a los trabajadores de las ramas de Actividades sanitarias y sociales (23,8%) y Química, saneamiento y extractiva (22,5%).

Los domingos es más frecuente encontrar trabajando a personal de Defensa y seguridad, (40,7%), Personal sanitario (35,9%) y Trabajadores de hostelería y limpieza (34,7%)

Casi uno de cada cuatro empleados (22,6%) manifiesta tener dificultades para compaginar su horario de trabajo con sus compromisos sociales y familiares: el 17,4% no muy bien y el 5,2% nada bien. Los trabajadores que en mayor medida manifiestan esta limitación son quienes trabajan en horario fijo de noche (37,3%), a tres turnos (38,4%) y con otro tipo de horario irregular o variable (30,6). Por el contrario, el horario en que los trabajadores manifiestan tener una mejor adaptación entre su vida laboral y su vida social y familiar son el de fijo mañana, en el que nueve de cada diez dicen compatibilizar bien o muy bien.

En el sector sanitario impera la atención personal, el trabajo realizado a turnos, tanto en Domingos como en Festivos, sobre todo en las Actividades Sanitarias Hospitalarias, y Servicios de Urgencia.

% trabajadores con dificultades para compaginar vida laboral y familiar



3. Relaciones sociales en el trabajo

En este apartado se analizan las siguientes dimensiones: el apoyo social por parte de compañeros y jefes, el sentimiento de utilidad del trabajo realizado y la oportunidad de hacer aquello que se sabe hacer mejor. Desde el punto de vista del apoyo social, tan sólo el 7,3% de los ocupados opina que “raramente” o “nunca/casi nunca” puede obtener ayuda de sus compañeros si la pide; respecto a 2007 no hay diferencias significativas (6,7%). La falta de apoyo de superiores o jefes es más habitual: el 16,9% indica que “raramente” o “nunca/casi nunca” puede obtener su ayuda si la solicita; aunque el dato ha mejorado respecto a 2007 (20,1%).

La falta de apoyo social, tanto de compañeros como de jefes, es más frecuente en los siguientes colectivos: los trabajadores de 55 y más años (10,1% respecto a compañeros y 21,2% respecto a superiores); los de una nacionalidad distinta a la española (10,2% y 26,1%, respectivamente); o en los microcentros de diez o menos trabajadores (10,5% y 20,2%, respectivamente).

Por sexo, no hay diferencias significativas respecto a la falta de apoyo social de los jefes, pero sí respecto a los compañeros (6,4% en hombres y 8,3% en mujeres); sin embargo, por tipo de contrato ocurre lo contrario; no hay diferencias respecto a los compañeros, pero sí las hay respecto a los jefes (14,5% en indefinidos y 16,7% en temporales).

Otro factor ligado a las relaciones sociales en el trabajo es la falta de reconocimiento del trabajo realizado. El 6,1% de los ocupados coincide en contestar que “raramente” o “casi nunca/nunca” tiene la sensación de estar haciendo un trabajo útil; este porcentaje no presenta diferencias con el obtenido en 2007 (6,5%). El sentimiento de inutilidad del trabajo es manifestado fundamentalmente por los ocupados del sector Agrario (12%), los que trabajan en actividades culturales y servicios personales (10%), los

empleados (sin jefes ni subordinados) (7,2%) o los contratados temporales (8,5%).

Otro aspecto de interés en este marco social es si el trabajador tiene la oportunidad de hacer aquello que sabe hacer mejor. El 14,1% de los ocupados manifiesta que “raramente” o “casi nunca/nunca” realiza aquello que sabe hacer mejor; no hay diferencias respecto a 2007 (14,8%). Los colectivos que con mayor frecuencia refiere esta falta de adaptación entre la cualificación y los requerimientos de la tarea se sitúan en el sector Agrario y en otras actividades poco cualificadas, en los menores de 25 años, mujeres, contratados temporales o con una nacionalidad distinta de la española.

En este sentido el sector sanitario no se encontraría entre los más afectados, puesto que se requiere una alta cualificación y especialización, en casi todos los puestos de trabajo, sobre todo en los profesionales sanitarios.

ESTADO DE SALUD.

Con la intención de estimar el estado de salud general de la población trabajadora se les preguntó a los encuestados cómo consideraban que había sido su salud en el último año, resultando para la gran mayoría bueno (63,2%). Los colectivos que con mayor frecuencia manifiestan un peor estado de salud son los trabajadores de los sectores Agrario y Servicios, las mujeres, los de 45 años y más y los de nacionalidad distinta a la española; no se han encontrado diferencias por tipo de contrato.

8.LEGISLACIÓN.

Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE 10.11.1995).

RD 39/1997 , de 17 de enero. Reglamento de los Servicios de Prevención.(BOE 31.1.1997).

RD 486/1997, de 14 de abril. Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. (BOE 23.4.1997).

RD 488/1997 , de 14 de abril. Pantallas de visualización. (BOE 23.4.1997).

RD 1215/1997, de 18 de julio. Disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.(BOE 7.8.1997).

RD 1/1995 DE 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido del Estatuto de los trabajadores (BOE 29.3.1995)

RD 1561/1995 de 21 de septiembre, sobre jornadas especiales de trabajo (BOE 26 de septiembre 1995)

RD Legislativo 5/2000 de 4 de Agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre del Código Penal (Título XV, artículos 316, 317, 318)

Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Resolución del Parlamento Europeo Resolución 2001/2339 (INI), 20/9/2001 respecto al acoso moral en el centro de trabajo.

En la Constitución de la OIT aprobada en 1919 incluye como competencia de esta organización internacional, el deseo manifiesto de mejorar las condiciones de trabajo, tales como: la reglamentación de las horas de trabajo, la duración máxima de la jornada, el salario, la libertad sindical, la protección de los trabajadores contra las enfermedades sean o no profesionales y contra los accidentes del trabajo, la situación de los emigrantes y la formación profesional.

Igualmente, la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU de 1948, que plantea que toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo y a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección

contra el desempleo y del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU de 1966 que dispone "debe asegurarse a las mujeres condiciones de trabajo no inferiores a las de los hombres".

En el MERCOSUR, Declaración Socio – Laboral adoptada en Río de Janeiro el 10 de diciembre de 1998 expresa en su Preámbulo el deber que los Estados Partes adopten las recomendaciones de la OIT y sus convenios para la promoción del empleo de calidad, de condiciones saludables de trabajo y el bienestar de los trabajadores.

Su artículo 17 está dedicado a la salud y seguridad en el trabajo, donde se plantea el derecho de los trabajadores a que se preserve su salud física y mental y los estados se comprometen a formular, aplicar y actualizar políticas y programas en materia de salud y seguridad y medio ambiente, para prevenir accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, promoviendo condiciones ambientales propicias para el desarrollo de la actividad de los trabajadores.

Llegamos entonces a la acción de la Organización Internacional del Trabajo y comprobamos que se adoptó a finales de la década de los 70 un Programa internacional para el mejoramiento del ambiente y las condiciones de trabajo cuyos objetivos son:

- a) Protección contra los efectos desfavorables de factores físicos, químicos y biológicos en el local de trabajo y en el medio ambiente inmediato.
- b) Prevención de la tensión mental resultante de la duración excesiva, del ritmo, del contenido y de la monotonía del trabajo.
- c) Promoción de mejores condiciones de trabajo, dirigida a la distribución adecuada del tiempo y del bienestar de los trabajadores.
- d) Adaptación de las instalaciones y locales de trabajo a la capacidad mental y física de los trabajadores mediante la aplicación de la ergonomía.

Analizando las normas internacionales tomamos, sin ser excluyente, un conjunto de Convenios de la Organización Internacional del Trabajo para los temas de accidente del trabajo:

Convenio 19, Igualdad de Trato, (accidente del trabajo) 1925, Convenio 121 Prestaciones en caso de accidente del trabajo y enfermedad profesional, 1964 (adoptado por nuestro país) Convenio 155, seguridad y salud de los trabajadores, 1981.

Convenio 161, sobre seguridad también suscrito por nuestro país. La definición del término "salud", con relación al trabajo, abarca no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene del trabajo. La Organización Mundial de la Salud también define el concepto de Salud en su Constitución de 1946 como "estado de completo bienestar físico, mental y social y no la ausencia de enfermedad".

Enfermedad profesional o enfermedad del trabajo se diferencia del accidente en cuanto este es un suceso imprevisto y repentino a diferencia de la enfermedad profesional que la ven como un padecimiento que se contrae y desarrolla durante el ejercicio habitual del trabajo.

9.CONCLUSIONES.

Los empresarios, como viene recogido en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, deben ofrecer protección y seguridad frente a los riesgos del trabajo a sus empleados, entre ellos los psicosociales, como el mobbing. A través de las actuaciones de los Servicios de Prevención, el empresario deberá evaluar estos riesgos y tomar las medidas de prevención. La Inspección de Trabajo, deberá velar por el establecimiento de un ámbito de trabajo saludable y no hostil para los trabajadores, sancionando si fuera necesario a empresarios y empleados. El Poder Legislativo y político deberá legislar para mejorar el control del acoso laboral, así como el Poder Judicial como garante del cumplimiento de dichas normas. Sindicatos y Universidad también tienen su importancia en la educación y cultura. En definitiva, la sociedad en su conjunto debe conseguir que en todos los centros de trabajo exista un clima laboral donde las relaciones interpersonales sean adecuadas y satisfactorias, y donde el trabajo pueda contribuir a la realización de las personas y no genere problemas que supongan riesgos para la salud del trabajador.

Hay que concienciar a la sociedad de la relación directa entre el éxito empresarial y las relaciones interpersonales, éxito demostrado en la mayoría de las empresas más prósperas y triunfadoras, de la importancia de un ambiente laboral construido sobre las personas, sobre los valores y no sólo sobre el lucro.

No permitir, que cualquier conducta por acción u omisión pueda poner en peligro la salud de las personas que desarrollan su trabajo. Es responsabilidad de todos.

Específicamente, si nos centramos en la alta cifra del personal sanitario afectado por el estrés laboral y síndromes relacionados, obliga a profundizar en el conocimiento de las enfermedades que les afectan ya que tienen trascendencia en su salud y pueden tenerla en la de sus pacientes.

Los profesionales sanitarios que padecen las patologías relacionadas con el estrés laboral genera negligencias y mala praxis, con el evidente riesgo para la salud de la población atendida por estos profesionales, y con un mayor número de quejas, denuncias y conflictos laborales. No se trata de un problema individual, se trata, de un problema de salud pública, con una fuerte repercusión laboral y social, que es urgente prevenir y paliar. Las consecuencias de una mala praxis, no se pueden comparar con las consecuencias que pueden tener, en cualquier otro tipo de trabajo, estamos hablando de personas, de vidas humanas que están en juego.

Las consecuencias de no poner medidas correctoras, pueden incidir en la salud de los pacientes, en la medida que el médico pueda ver deterioradas sus capacidades o su interés por la formación continuada.

Se trata de un problema que debe ser abordado, cuya solución pasa por la prevención, y la formación: del personal sanitario, en su trayectoria profesional, los profesionales, conocen los riesgos físicos, químicos y biológicos a los que debe enfrentarse a lo largo de su vida profesional. Recibe desde su periodo universitario la formación necesaria-en higiene. Sin embargo, no hay preparación para estos nuevos riesgos psicosociales.

Es fundamental revisar los niveles organizativos, mejorar las condiciones de trabajo y crear la normativa suficiente para controlar la situación. Hay que diseñar procesos nuevos de trabajo, dejar claros los objetivos, informar y formar sobre los nuevos riesgos y terminar con la sobrecarga de trabajo. Es fundamental que los profesionales sanitarios tomen conciencia de que es un riesgo contra el que deben tomar medidas de prevención.

10.COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.

Con este trabajo se pretende conocer e identificar el estrés laboral y los síndromes relacionados como son el Mobbing o Acoso Laboral, y el Burnout.

Así como establecer la relación existente entre el Acoso Laboral y el Estrés, y conocer en profundidad las graves consecuencias derivadas del acoso laboral, relacionado directamente con el llamado síndrome de Estrés Postraumático (PEPT).

A través de un estudio estadístico, y el análisis de sus datos, se pretende explicar cómo los elementos organizativos y psicosociales que se dan en el colectivo sanitario, favorecen la aparición de síndromes relacionadas con el estrés laboral, el Mobbing y el Burnout.

11.BIBLIOGRAFÍA.

- Comisión Europea, (2001) Violencia en el trabajo. Acta de la reunión de 3 de Marzo de 2001.
- De la Gandara Martín, J. (1998) “Estrés y trabajo. El síndrome del burnout”, Cauce Editorial , Madrid.
- De la Gandara Martín J, Fuertes Rocañin JC (2001)“ Si estás bien lo harás mejor”
- Fuertes Rocañin, J.C. (2004) “Acoso Laboral... ¡Mobbing! Psicoterrorismo en el trabajo”Editorial Aran .
- Gimeno Navarro, M.A. , Mejías García A., Carbonell Vayá, E.J, (2009) Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia.
- González de Rivera y Revuelta JL: (2005)“El maltrato psicológico”Editorial Espasa Libros, Madrid.
- Hirigoyen M.F. (2001) “El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso” Editorial Paidós, Barcelona.
- Hirigoyen M.F. (1998) “ El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana” Editorial Paidós, Barcelona.
- Iglesia Marí, M. , “Enfermedades relacionadas con las condiciones de trabajo: despistaje del síndrome de estrés postraumático por “Mobbing” y elementos del dictamen pericial laboral.
- Instituto Nacional de Estadística. EPA.
- Leymann, H. (1996) European Journal of Work and Organizational Psychology “Contenido y desarrollo del Acoso Grupal/moral (“Mobbing”) en el Trabajo, Universidad de Umea (Suecia).
- López J.A y Santamaría M. (2003) “Diagnósticos para el acoso laboral”, Santa Cruz de Tenerife.
- Maslach Bournout Inventory (MBI)
- Mediavilla G (2003)“¿Por qué la han tomado conmigo? “ Editorial Grijalbo, Barcelona.
- Moreno Jiménez B. (2001)“Ansiedad y estrés” .
- National Center for PTSD (2011), “Tratamiento del TEPT” Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos. www.ptsd.va.gov.
- Observatorio permanente de riesgos psicosociales, UGT.
- Ovejero Bernal, A. (2006) “Psicología Social en un mundo global: cómo hacer frente al estrés y al mobbing” , Editorial Biblioteca Nueva, Madrid.
- Ovejero Bernal, A. (1998) “Las relaciones humanas. Psicología social y teórica aplicada” Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid.

- Ovejero Bernal, A. (2004) "Globalización, sociedad y escuela: cómo hacer frente a los principales problemas actuales desde la psicología social crítica" Secretariado de publicaciones e intercambio editorial Universidad de Valladolid.
- Ovejero Bernal, A. (1997) "El individuo en la masa. Psicología del comportamiento colectivo" Ediciones Nobel S.A. Oviedo.
- Pablo Hernández , Carmela (2007)" Estrés y Hostigamiento Laboral" Editorial Alcalá, Alcalá la Real (Jaén).
- Piñuel I. (2003) "Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo, Editorial Aguilar, Buenos Aires.
- Piñuel I Mobbing. (2001)"Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo" Editorial Sal Terrae,D.L. Santander.
- Rodríguez Muñoz, A. (2006) "Valoración del daño psíquico y emocional en víctimas de acoso psicológico en el trabajo" Universidad Autónoma de Madrid.
- Ruano A. (2000)"Violencia y agresividad en el trabajo "Gerencia Ambiental.
- Servicio Público de Empleo Estatal, estadísticas.
- Schenquerman, N. "Acoso Laboral (Mobbing) y Trastorno de Estrés Postraumático", M/N 31333.
- VII Encuesta Nacional de las Condiciones de Trabajo. INSHT. (2011)
- www.INSHT.es, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.