

LA INTEGRACIÓN RESILIENTE EN EL MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE A PROPÓSITO DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS CASOS DE *MOBBING*

RESILIENT INTEGRATION MODEL IN BRIEF PSYCHOTHERAPY ABOUT THERAPEUTIC INTERVENTION IN MOBBING CASES

Juan Saldaña García

Psicólogo

Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

Resumen: El acoso psicológico en el lugar de trabajo, o *mobbing*, ha sido reconocido como un importante problema que tiene un gran protagonismo y repercusión en el ámbito laboral y social; llegándose a legislar contra este tipo de prácticas considerándolas como delito.

Esta muestra de violencia no es un riesgo laboral emergente. Está instalada desde hace mucho tiempo y las cifras que se hacen públicas nos indican que, lejos de disminuir año tras año, se van incrementando de una manera alarmante; generando un clima de inquietud, de miedo y de precarización que se extiende a toda la sociedad. Sabemos que la violencia interpersonal existe en todas partes con matices distintos según las culturas y los contextos; siendo muchas sus maneras de presentarse y muy complejo combatir sus efectos. Para comprenderla en su justa magnitud hay que observarla desde una perspectiva integradora y multidisciplinar. Abordar el hostigamiento laboral es una cuestión de dignidad en un estado social y democrático de derecho, y se convierte en una obligación, un deber y un derecho que desde la responsabilidad social nos orienta a responder a la demanda de una sociedad cada vez más sensibilizada, y exigente, con la seguridad y salud en el trabajo como parte fundamental del bienestar personal, social y una buena calidad de vida laboral.

La violencia siempre daña la salud, y esta forma de humillación puede, a largo plazo, generar un síndrome cuya sintomatología se encuadra como un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Así no extraña que algunas víctimas sientan que su salud, tanto física como mental, se encuentra arruinada y que nunca volverán a funcionar con normalidad. Su abordaje desde la Psicoterapia Breve Integrada (PBI) como modelo biopsicosocial de intervención sobre la salud se está mostrando enormemente útil; respondiendo a las necesidades clínicas de estas personas, aliviando su sufrimiento y facilitando la adquisición del control sobre la situación en que se encuentran al permitir desde la integración resiliente una reelaboración de su historia traumática, con la reconstrucción de una narrativa de su yo y de su vida.

Palabras clave: mobbing, trauma, vulnerabilidad, resiliencia, TEPT, psicoterapia breve integrada

Abstract: The psychological harassment in the workplace, or mobbing, has been recognized as a major problem that has a great impact on the labor and social field; arriving to legislate against such practices, considering them as a crime.

This sample of violence is not an emerging occupational hazard. It is installed since a long time and public figures indicate that, far from diminishing year after year, are increasing alarmingly; creating a climate of anxiety, fear and precariousness which extends to the whole society.

We know that interpersonal violence exists everywhere, with different nuances depending on the cultures or contexts; existing many ways of appearing and being very complex to combat its effects. To understand its magnitude it is necessary to observe it from an integrated and multidisciplinary perspective. Addressing workplace harassment is a matter of dignity in a social and democratic state of law, and becomes an obligation, a duty and a right that from the social responsibility leads us to meet the demands of an increasingly sensitized society, and exigent, with safety and health at work as a fundamental part of personal, social and working welfare. Violence always damages health, and this type of humiliation can, in the long run, generate a syndrome whose symptoms fit as a post-traumatic stress disorder (PTSD). So no wonder that some victims feel that their health, both physical and mental, is ruined and they will never work normally. Its approach from Integrated Brief Psychotherapy, as a biopsychosocial model of health intervention, is being really useful; attending the clinical needs of these people, mitigating their suffering and facilitating the acquisition of control over the situation in which they are, allowing from a resilient integration the reconstruction of the traumatic history, with the narrative rebuilding of his ego and his life.

Keywords: mobbing, trauma, vulnerability, resilience, PTSD, integrated brief psychotherapy

INTRODUCCIÓN

“El maltrato no está incluido en el sueldo”

Toma de conciencia

Hace poco más de treinta años, las sociedades europeas toman conciencia de una realidad cuya existencia no les resulta fácil asumir e integrar en su representación del mundo del trabajo: la presencia en éste de diferentes formas de violencia psicológica que, o bien por las graves consecuencias de los casos más extremos, o bien por una prevalencia por encima de cualquier consideración de fenómeno excepcional, obliga a la búsqueda necesaria de remedios. El proceso de "toma de conciencia", cuyo origen se remonta a la difusión de los estudios pioneros de Leyman divulgados en los años 80 del pasado siglo XX, salta de país a país y alcanza a España a finales de los 90. Como en el resto de los países europeos, la percepción "súbita" de esta amenaza suscita la búsqueda de respuestas desde los ámbitos fundamentales: investigación, acción sindical, regulación y protección jurídica, tratamiento sanitario y políticas de prevención.

En el mismo sentido, surgen todo un conjunto de organizaciones creadas por las personas afectadas cara a la divulgación y los propios afectados, al igual que en otras naciones, crean organizaciones con vistas a generar una mejora en el conocimiento y respuesta social del fenómeno y facilitar apoyos terapéuticos o jurídicos a quienes sufran los efectos de la violencia psicológica.

En España, los proyectos de investigación Cisneros I y II, o *Barómetro Cisneros*, fueron las investigaciones iniciales que buscaban establecer el perfil del problema del *mobbing* con muestras de más de 4.000 trabajadores de todos los sectores de actividad de la Comunidad de Madrid (Piñuel 2001; Piñuel y Oñate 2002; 2003). El resultado de estas investigaciones, que podemos llamar pioneras, estableció por primera vez en España una prevalencia del *mobbing* entre el 11,4 % y el 15 % de la población activa ocupada. Esto representaba ya en 2002 más de 2 millones de trabajadores afectados por este tipo de tortura.

Entre las causas que están detrás de este comportamiento delictivo, el Barómetro señala la envidia por parte del acosador (33%); el éxito profesional de la víctima (26%); y la reivindicación de derechos laborales y el éxito personal por parte de quien lo sufre (16%). Y también apunta factores como el ser diferentes a los demás; solidarizarse con otras víctimas; no querer participar en ilegalidades o fraudes; por razón de género, o incluso *mobbing* maternal, que en 2009 se situaba en un 5%. A partir de estos datos, que pone en antecedente la importancia del problema, se tratará qué es el *mobbing*, cuáles son sus síntomas, cómo se siente un trabajador cuando le están atacando en su dignidad de manera sistemática y, sobre todo, y fundamentalmente, qué hacer para liberarse de esta dramática situación y recuperar el equilibrio perdido.

Antes de continuar, diremos que la presentación del trabajo se dividirá en dos partes: la primera, desde una perspectiva general con orientación preventiva, deteniéndonos brevemente en el marco que orienta las características de los modelos organizativos y de liderazgo en la dirección para conseguir unas organizaciones saludables; y la segunda, con una perspectiva rehabilitadora y centrada en las estrategias de intervención terapéutica, focalizándonos en la presentación del Esquema Conceptual Referencial Operativo (E.C.R.O.) en el modelo biopsicosocial de salud.

CONTRATO PSICOLÓGICO Y SALUD DE LOS EMPLEADOS

Para muchos autores actuales, la organización funciona con una base similar a lo que Jean Jacques Rousseau enunció como el *contrato social* que los gobernantes tienen con las personas que tienen bajo su mandato. Este contrato es implícito: no se escribe, no se conocen sus reglas exactas y no se firma; pero está en la mentalidad de las dos partes. Todos (los que dirigen y los dirigidos) tienen derechos, y todos tienen obligaciones. El incumplimiento de las condiciones por cualquiera de las

partes rompe el acuerdo. Con este antecedente, en el mundo actual de las organizaciones, ese contrato podría recibir el nombre de *contrato psicológico*, y se puede definir como "la percepción de ambas partes en la relación de empleo, organización e individuo, de las personas y obligaciones recíprocas que conlleva esta relación" (Gracia, Silla, Peiró y Fortes-Ferreira, 2006).

Esta definición pone énfasis en el *contenido* del contrato realizado por empleado y empleador, dentro de la relación laboral, y los investigadores proponen también utilizar el *estado* del contrato psicológico, como constructo más idóneo para dar cuenta de los comportamientos y actitudes de empleados. Mientras que el contenido del contrato se define, según este grupo de investigación, como el conjunto de promesas y obligaciones recíprocas que forma parte del contrato psicológico; el estado del contrato psicológico se refiere a si las promesas y obligaciones han sido cumplidas, si son justas y a las implicaciones para la confianza percibida por los empleados. Se puede decir que este concepto está ligado al grado en el que los trabajadores perciben que la organización ha cumplido sus promesas y compromisos, ofreciendo un trato justo y generando confianza.

El estado del contrato psicológico contempla tres variables fundamentales: la entrega o cumplimiento del trato, la confianza y la justicia percibidas, y hay un especial interés en analizar el estado del contrato psicológico en relación con variables de salud, y en concreto con indicadores de salud psicológica, como son: la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico (indicadores generales) y el conflicto trabajo-familia (como indicador más concreto). Se observa que cuanto mayor es el estado del contrato psicológico, mayor es la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico, y menor el conflicto trabajo-familia.

La vertiente práctica de este constructo apunta a que tanto directivos como gerentes de las organizaciones tengan en cuenta las promesas y compromisos que hacen a sus empleados de manera explícita o implícita, las percepciones que los empleados pueden tener acerca de lo justa que está siendo la organización con ellos y si pueden confiar en las promesas realizadas en un futuro. Todas estas variables muestran relación con el estado de salud psicológica de los empleados y la creación de ese clima organizacional que respeta ese *contrato psicológico*. Además de una retribución justa y atractiva, hay toda una serie de razones no monetarias por las que las personas trabajan a gusto y se sienten recompensadas: *el salario emocional*.

LIDERAZGO AUTÉNTICO Y ORGANIZACIONES SALUDABLES

Para la aparición del acoso psicológico se han señalado como antecedentes, y predictores, distintos factores psicosociales de riesgo en el trabajo relacionados tanto con la organización como con la actividad laboral del profesional (Meseguer, Soler, García-Izquierdo, Sáez y Sánchez, 2007b). Se

han encontrado asociaciones de acoso con el conflicto y la ambigüedad de rol, la carga mental, la presión del tiempo de trabajo para la ejecución de las tareas, con la sobrecarga continuada en el trabajo, ciertos estilos de liderazgo y formas de dirección.

En el marco teórico de la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO) y sus avances en el marco de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (PSOP) y la Psicología Organizacional Positiva (POP), la Psicología no tiene solo una función correctiva o de paliación de problemas, sino que también realiza aportaciones positivas respecto a oportunidades de crecimiento, desarrollo y realización tanto de las personas como de los equipos de trabajo y por supuesto de la organización. Así, uno de los objetivos clásicos de la psicología del trabajo y de las organizaciones es la promoción de organizaciones más humanas y productivas. Uno de sus principales objetivos actuales es la de promover tanto el bienestar como el rendimiento de los empleados, y uno de los mayores retos actuales para los psicólogos organizacionales es convertir esta tendencia en una espiral virtuosa, en el que promover altos niveles de bienestar en el trabajo suponga una mejora del rendimiento y viceversa (Salanova, Martínez y Llorens, 2014); que enlaza con lo expuesto en el punto anterior relativo al contenido y al estado del contrato psicológico.

Centrándonos en la dimensión mental de la salud, se observa que es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad siendo mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que tiene un valor en sí misma (OMS, 2001). La orientación positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, abarcando la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia; entendiéndose que el grado de salud mental se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional. Esta propiedad depende de factores personales, del contexto sociocultural y económico.

Así, en los programas de intervención se señala el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social), las relaciones igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

Buscar el logro de una gestión de la prevención integrada; aspirando a transformar los valores, actitudes y comportamientos y reflexionando en el desarrollo de modelos organizativos que favorezcan el compromiso de la dirección de la empresa y potencien la sensibilización de los empresarios sobre los beneficios del liderazgo de la dirección en la mejora de las condiciones de

trabajo y la importancia de una política preventiva orientada a resultados; aumentando la productividad con la eficacia, eficiencia y efectividad de los empleados, estructurando las organizaciones bajo un sistema de dirección. Es en este marco de referencia, y en la medida en que cualquier organización sea capaz de tener entre sus filas a personas con dichas características será capaz de afrontar las dificultades y convertirse en un referente en su entorno; transformando las estructuras organizativas para adaptarse a las exigencias de dicho entorno; alcanzar los objetivos y dar respuesta a la sociedad.

Como tiene escrito Juan Antonio Sagardoy, Catedrático de Derecho del Trabajo de la Universidad Complutense de Madrid, en su artículo *La dignidad en el trabajo y el mobbing*: “(...) por encima de todo está la sensibilidad y responsabilidad de los directivos de las empresas para poner los medios eficaces que eviten que en sus empresas se den estas situaciones verdaderamente lamentables (...)” Asimismo, la *Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (European Survey of Enterprise on New and Emerging Risks – ESENER)*, elaborada por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (*European Agency for Safety and Health at Work; EU-OSHA*), y cuyos resultados se dieron a conocer en el mes de septiembre de 2012, señala que un 40% de los directivos de la Unión Europea (UE) muestra su preocupación ante los problemas de violencia y acoso en su empresa.

Por ello, la organización actual debe estar estructurada entorno a valores y su liderazgo debe ser una consecuencia de la expresión de estos. Cuanto más sofisticada sea la organización, en cuanto a su complejidad, mayores serán las variables a tener en cuenta para construir un buen liderazgo (Huici, Molero, Gómez y Morales, 2011).

El liderazgo necesita de un modelo que haga lo intangible, comprensible; lo comprensible, desarrollable; y lo desarrollable, mejorable, y el modelo de *liderazgo auténtico* así lo permite; pudiendo ser definido como un patrón de conducta que promueve y se inspira tanto en las capacidades psicológicas positivas como en un clima ético positivo, para fomentar una mayor conciencia de uno mismo, una moral internalizada, un procesamiento de la información equilibrado y transparencia en las relaciones entre el líder y los seguidores (Walumbwa et al., 2008).

Esto lleva a los líderes auténticos a conocerse bien a sí mismos, así como el contexto en el que se encuentran, y, por ello, no tienen dificultades en mantener su rumbo y comunicarlo a los demás en términos de principios, valores y ética (Avolio et al., 2004). Como resultado, estos líderes son capaces de incrementar la motivación, el compromiso y la satisfacción de sus seguidores a través de la creación de identificación personal e identificación social con la organización. Además, diversos autores

(Avolio y Gardner, 2005; Luthans y Avolio, 2003; May, Chan, Hodges y Avolio, 2003) hacen hincapié en los altos estándares éticos que guían las conductas y la toma de decisiones de los líderes auténticos y señalan que el liderazgo auténtico no puede ser éticamente neutral.

Jensen y Luthans (2006) estudiaron cómo el estilo de liderazgo auténtico del empresario influía en las actitudes y en el bienestar de sus empleados y, por tanto, en el rendimiento de la organización. Para ello, emplearon un modelo que reconoce la importancia de tres tipos de factores que sirven como antecedentes del liderazgo auténtico:

- las experiencias vitales del líder;
- el contexto organizacional en el que se desenvuelve, y
- el capital psicológico positivo.

Según este modelo, un empresario o un directivo sería un líder auténtico si mantiene la creencia central de que todas las personas dentro de la organización tienen algo positivo que aportar y es capaz de identificar las fortalezas de sus empleados y ayudar a su desarrollo.

Pasamos a definir qué es una *organización saludable*. Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson y McGrath (2004) las define como aquellas organizaciones caracterizadas por invertir esfuerzos de colaboración, sistemáticos e intencionales para maximizar el bienestar de los empleados y la productividad, mediante la generación de puestos bien diseñados y significativos, de ambientes sociales de apoyo, y finalmente mediante las oportunidades equitativas y accesibles para el desarrollo de la carrera y del balance trabajo-vida privada.

Para resumir las características de las organizaciones saludables se seguirán dos modelos. El primero es el de Salanova (2009) que entiende que una organización saludable es aquella que desarrolla prácticas saludables de estructurar y gestionar los procesos de trabajo que influirán en el desarrollo de empleados saludables y de resultados saludables. Para esta autora, los tres elementos interaccionan entre sí; es decir, las prácticas saludables influyen en el desarrollo tanto de empleados saludables como de resultados saludables, que a lo largo del tiempo influyen a su vez mejorando las formas de organizar y estructurar los procesos de trabajo, generando procesos de mejora constante a lo largo del tiempo.

El segundo, propuesto por Dejoy, Wilson, Vandenberg, McGrath-Higgins y Griffin-Blake (2010), se basa en tres grandes marcos teóricos de la psicología organizacional: la gestión de la calidad total, las organizaciones que aprenden y los procesos de implicación de los empleados, y para que el proceso de intervención funcione, debe iniciarse con la participación y el apoyo de la dirección y con un estilo de liderazgo adecuado.

MARCO NORMATIVO

Por la importancia que supone la construcción administrativa de la realidad social en este ámbito de la seguridad y la salud laboral, y en concreto en lo relativo al *mobbing*, como fenómeno de violencia en el trabajo, del marco normativo nos pararemos brevemente en: por una parte, la Ley General de Salud Pública; por otra, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020; por una tercera, el Código Penal, y finalmente la Resolución por la que se aprueba y publica el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.

La primera, en vigor desde octubre de 2011, indica en su preámbulo que, para alcanzar las mayores ganancias de salud, la sociedad requiere de un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en tres ámbitos de acción:

- 1) el propio de los dispositivos de salud pública;
- 2) las acciones de prevención y promoción de la salud en los servicios sanitarios, y
- 3) las acciones y programas que, sin ser sanitarios, tienen efecto sobre la salud y que gestionados adecuadamente pueden alcanzar sus objetivos primarios asegurando al tiempo los mejores resultados en salud.

Los dispositivos de salud pública, especializados en la salud de la colectividad; implantan acciones en las áreas de protección de la salud, mediante la prevención de los efectos negativos en diversos ámbitos del entorno tal como consideran el laboral, y establecen las acciones en materia de salud laboral para conseguir la mejor prevención de riesgos en el ámbito laboral, y en coherencia con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y complementándola, se facilita la promoción de la salud en ese mismo ámbito. La promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgo, son contempladas en la cartera de servicios de la salud pública.

Esta Ley General de Salud Pública introduce importantes novedades en su articulado, en lo referido a la salud laboral. En el Artículo 32, especifica la finalidad de la salud laboral: “La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.” Esta definición, al hablar de bienestar total del trabajador, facilita el reconocimiento de los riesgos psicosociales y, además, introduce los conceptos de adaptación y de rehabilitación, garantizando así el tratamiento integral.

Otra novedad importante que introduce la ley en materia de salud laboral es, respecto a la vigilancia de la salud, en su artículo 33. Alude a la elaboración de protocolos y guías de vigilancia sanitaria específicas en relación a los riesgos a los que estén expuestos los trabajadores, aspecto este determinante para poder diseñar políticas de prevención eficaces. Solo si es posible detectar precozmente los síntomas y signos de las enfermedades relacionadas con el trabajo, se podrá realizar una adecuada y temprana intervención.

El Artículo 34, referido a la participación en salud laboral, habla sobre el control de la gestión relacionada con la salud laboral de los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas. La importancia de que este tema sea abordado por la Ley General de Salud Pública radica en que así la salud laboral queda totalmente integrada en la cartera de servicios de la salud pública.

Asimismo, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 (EESST 2015-2020) diseñada por el Gobierno, las Comunidades Autónomas y los Interlocutores Sociales, y recientemente aprobada en el Consejo de Ministros del pasado día 24 de abril de 2015, “se configura como un instrumento de colaboración para garantizar el derecho a la seguridad y salud en el trabajo” y “se asienta en el convencimiento de que la prevención y la colaboración son dos valores fundamentales que deben guiar toda acción preventiva. La prevención es el medio más eficaz para reducir los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo, y la colaboración de los poderes públicos, empresarios y trabajadores favorece e impulsa la mejora efectiva de las condiciones de trabajo”.

Señalar como figura más o menos novedosa en el ámbito de las relaciones humanas, y concretamente laborales, que el acoso moral en el trabajo o *mobbing* se ha tipificado como conducta delictiva desde diciembre de 2010, en que se introdujo como un segundo párrafo al apartado primero del Artículo 173 del Código Penal, gracias a la Ley Orgánica 5/2010. Desde entonces, el delito de acoso moral en el trabajo viene recogido en el Código Penal con la siguiente redacción: “Con la misma pena (prisión de 6 meses a 2 años) serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionarial y prevaleciéndose de su condición de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima.”

Por último, en este apartado referido al marco normativo, y atendiendo a que los estudios muestran que el *mobbing* es frecuente sobre todo en organizaciones públicas y, fundamentalmente, en sectores como el sanitario, el trabajo social y la educación (Estrada, Nilsson, Jerre y Wikman, 2010),

significar que por Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.

Se puede decir que en el momento actual en España contamos con las suficientes leyes para denunciar este delito por la vía civil, penal y laboral; sin embargo el verdadero problema lo encontramos en poder probarlo; aunque con empeño y contumaz perseverancia, la sociedad y la justicia están cada vez más sensibilizadas con este tema y ya no se exigen pruebas que demuestren el ambiente de acoso moral o algo tan difícil de demostrar a veces como el daño psicológico.

Con la finalidad de conectar las dos partes en que se está presentando este trabajo, hasta ahora la perspectiva general bajo un paradigma de prevención integral, y después la relativa a la perspectiva rehabilitadora y centrada en las estrategias de intervención terapéutica, se van a desarrollar los epígrafes relativos a la definición, prevalencia y sintomatología del *mobbing*.

¿QUÉ ES EL MOBBING?

Un antecedente fundamental en materia de violencia en el trabajo, fue el Congreso de Hamburgo sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo, de 1990, en el que el psicólogo laboral Heinz Leymann usó por primera vez un término proveniente de la etología: *mobbing* (del inglés *to mob*: atacar, asaltar), como sinónimo de “psicoterror” ejercido en el lugar de trabajo. En 1999, la psicoanalista francesa Marie France Hirigoyen acuñó el concepto “acoso moral” para darle un nombre diferente a la perversión cotidiana, con vistas a obtener su penalización en la Unión Europea.

Para dar una definición de *mobbing* válida diremos que se trata de una serie de comportamientos, acciones y conductas de hostigamiento, ejercidas por una o más personas a otra de forma continuada (al menos 6 meses) y sistemática (mínimo una vez a la semana) para dañar su integridad física y/o psicológica.

Señalando la importancia y el reconocimiento social sobre este fenómeno, la edición 23ª del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), publicada en octubre de 2014, propone el significado de *acoso moral* o *acoso psicológico* como la “práctica ejercida en las relaciones personales, especialmente en el ámbito laboral, consistente en un trato vejatorio y descalificador hacia una persona, con el fin de desestabilizarla psíquicamente”. En este caso, la violencia es asimétrica, puesto que uno de los dos intenta crear una relación de desigualdad, situándose en el puesto de poder y castigando al débil, sin que el otro lo sepa.

Esta tortura se hace de forma premeditada y consciente, dejando en la víctima una “huella sin marca”, ya que es una forma de violencia no percibida por los demás, e incluso durante mucho tiempo no percibida por el propio agredido. La idea es conseguir someter al otro para poder utilizarlo y conseguir de él lo que el acosador quiera.

La violencia, la intimidación y el acoso psicológico son problemas cada vez más frecuentes en las organizaciones y empresas europeas. Así lo ha puesto de manifiesto un informe elaborado por la EU-OSHA, publicado en enero de 2011. El informe, titulado *Violencia y acoso laboral: una panorámica europea (Workplace Violence and Harassment: a european picture)*, recoge datos sobre la prevalencia de los problemas de intimidación y acoso laboral, extraídos de estadísticas nacionales e internacionales referidas a países europeos, así como recopila los principales resultados de estudios científicos en relación con los antecedentes y las repercusiones del acoso laboral para el trabajador y para la propia empresa. Según se desprende del informe, entre un 5% y un 20% de los trabajadores europeos sufre violencia y acoso laboral, tanta variabilidad en el valor del porcentaje depende del país, el sector y la metodología empleada. En 2013, la EU-OSHA hacía pública la *Encuesta europea sobre Salud y Seguridad Ocupacionales (European Opinion Poll on Occupational Safety and Health)*; expresando, entre los resultados que daba a conocer de este sondeo paneuropeo, que seis de cada diez trabajadores (59%) señalan que el acoso laboral o la intimidación en el trabajo constituyen una causa habitual de estrés laboral, así como la falta de apoyo por parte de compañeros y superiores (57%).

Es necesaria una taxonomía que permita clasificar y explicar de manera más sistemática las diversas formas de violencia psicológica en el trabajo, diferenciando patrones de comportamiento, contextos, condiciones, etc. De hecho, y aunque sea lógico, se ha tendido a englobar en conceptos muy amplios realidades muy distintas. Un ejemplo puede ser la unión en la noción de acoso de las conductas de persecución a un "distinto" o "chivo expiatorio" por un grupo, el hostigamiento orquestado y dirigido por una autoridad en el que participan unos subordinados contra otro/s, o el ninguneo y exigencias desmedidas mantenidas por un responsable hacia subordinados a los que va persiguiendo cíclicamente. Aunque todas sean formas de maltrato, y por lo tanto acciones antisociales generadoras de daños, es mucho lo que tienen de diferencia en los restantes órdenes: en sus desencadenantes, (elementos motivadores, planeación vs. comportamientos aprendidos, contextos coadyuvantes, etc.), en las consecuencias de las conductas para quienes las sostienen ("utilidad"), etc. Por tanto, establecer una clara diferenciación entre unas y otras es algo exigido tanto para el avance del conocimiento respecto de estos fenómenos como su control, especialmente cara al tratamiento diferencial, prevención o colaboración interdisciplinar (por ejemplo, a la hora de tipificar legalmente unas u otras conductas).

SINTOMATOLOGÍA EN EL ACOSADO

El acoso psicológico en el trabajo o *mobbing* es considerado un severo estresor psicosocial. Los trabajadores sometidos a este tipo de circunstancias presentan un claro y notable aumento de problemas de salud mental y malestar psicológico que puede afectar seriamente el funcionamiento cotidiano de aquellos que lo padecen. Distintos estudios han puesto de manifiesto que el acoso psicológico se encuentra fuertemente relacionado con diferentes problemas de salud, como por ejemplo alteraciones del sueño, ansiedad, problemas psicosomáticos, irritabilidad y depresión (Brodsky, 1976; Leymann, 1992; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Zapf, Knorz y Kulla, 1996). Otros efectos comunes del padecimiento del *mobbing* son la apatía, la indefensión y los sentimientos de desesperanza. Así no extraña que algunas víctimas sientan que su salud, tanto física como mental, se encuentra arruinada y que nunca volverán a funcionar con normalidad (Leymann, 1996).

Los trabajadores sometidos a este tipo de circunstancias, y según los resultados de la encuesta *Fourth, European Working Conditions Survey (FEWCS 2007)*, recogida en el informe de la EU-OSHA, presentan un claro y notable aumento de problemas de salud mental y malestar psicológico, que se manifiestan principalmente en irritabilidad, dolor de estómago, problemas de sueño y ansiedad. Respecto a la salud física, presentan un mayor número de síntomas en comparación con el resto de la población de trabajadores activos. En concreto, el 40% de los trabajadores expuestos a acoso laboral informaron de 6 o más síntomas físicos de un total de una lista de 17, frente al 15% de la población. Los síntomas más comunes fueron problemas de audición, de visión, alteraciones cutáneas, dolor de espalda, dolor de cabeza, dolor de estómago, dolores musculares, dificultades respiratorias, trastornos cardiovasculares, fatiga generalizada, alergias y lesiones. Toda esta sintomatología suele derivar en bajas prolongadas por enfermedad e incluso en suicidio. Más allá de los síntomas mencionados, las víctimas de *mobbing* pueden padecer trastorno por estrés postraumático (TEPT). Diversos estudios han señalado que entre las víctimas de acoso, la probabilidad de padecer TEPT es elevada (Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004). Basándose en observaciones clínicas, Leymann y Gustafsson (1996) encontraron que el TEPT constituía el diagnóstico adecuado de aproximadamente el 90% de una muestra de 64 víctimas de acoso.

Atendiendo a las fases expresadas en la web de *PRIDICAM-Mobbing Madrid* (Retuerta, 2013), la evolución sintomatológica por áreas es:

FASE 1ª. Conflicto Inicial

Psicosomática: Alteraciones leves alimentarias; leves trastornos del sueño; dolores de cabeza, espalda, nuca, cervical, muscular, articular...

Psicológica: Rasgos de ansiedad; inquietud leve.

Conductual Pasividad: dejar pasar el tiempo Activa: analiza de forma reiterada la situación y busca solución negociada

FASE 2ª. Estigmatización

Psicosomática: Insomnio leve. Fatiga física leve.

Psicológica: Desorientación; rasgos depresivos; ansiedad leve; inseguridad y baja autoestima; irritabilidad; sentimientos de soledad, vergüenza y culpabilidad.

Conductual: Niega la realidad de la situación; reacciona con ira o agresividad.

FASE 3ª. Intervención

Psicosomática: Insomnio y pesadillas; repetitividad en el tipo de sueños; alteraciones cardiovasculares.

Psicológica: Depresión y ansiedad moderada; aumento progresivo de la baja autoestima; pérdida de interés por el trabajo; fallos de memoria; frustración y amargura.

Conductual: Es consciente de la situación; solicita ayuda interna y externa; agresividad social y familiar; rendimiento deficitario.

FASE 4ª. Marginación

Psicosomática: Insomnio; disfunciones sexuales; alteraciones severas gástricas, endocrinas, cardiovasculares, dermatológicas...

Psicológica: Depresión y ansiedad severa; ideas suicidas; alteraciones emocionales importantes.

Conductual: Aislamiento y evitación social; tendencia abusiva de psicofármacos; vida vegetativa; suicidio.

INTEGRACIÓN RESILIENTE

Transcribiendo el antiguo proverbio chino que hace referencia a la *crisis* y a la *oportunidad*, nos dice: “todas las crisis tienen dos elementos: peligro y oportunidad. Con independencia de la peligrosidad de la situación, en el corazón de cada crisis se esconde una gran oportunidad. Abundantes beneficios esperan a quienes descubren el secreto de encontrar la oportunidad en la crisis”.

En el tratamiento del trauma se observa la existencia de una desconexión entre los conocimientos apropiados del presente y las emociones inapropiadas, residuos del traumatismo pasado, y, por ello, como capacidad que se desarrolla y actualiza en la historia interaccional del paciente, se introduce la *resiliencia* en el proceso psicoterapéutico; entendiéndose como el contrapeso del *trauma* y constituyendo el conjunto de defensas *neurobiopsicosociológicas*.

Por la potencia explicativa que posee y en referencia a la aplicación a pacientes de cualquier edad, se ha tomado el constructo de *integración resiliente* que forma parte como bloque de tratamiento en la implementación del modelo psicoterapéutico de intervención en psicotraumatismo infantil que

está fundamentado en las aportaciones de Barudy y Dantagnan sobre los buenos tratos a la infancia; las consecuencias del maltrato, el abuso y la negligencia sobre el desarrollo neurológico; el reconocimiento del sufrimiento psicológico de las víctimas; la visión ecosistémica del menor y la evaluación de las competencias parentales y la resiliencia parental (Barudy y Dantagnan, 2005; 2010).

La *integración resiliente* es el bloque de tratamiento más delicado y de gran profundización, en el que más apoyo requiere el menor de edad del terapeuta y de la red para poder tener suficiente coraje y valentía para hacer el trabajo. Específicamente: desarrollo de una narrativa histórica con el menor de edad; tratamiento de los contenidos traumáticos específicos; proyección de futuro; opciones y consecuencias, y cierre de las sesiones.

En 2003, Saavedra desarrolló el *modelo interaccional de la resiliencia*, referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT). Entiende que la respuesta resiliente consiste en una acción orientada a metas, una respuesta sustentada en un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados (Saavedra y Villalta, 2008). Encardinándolo con este modelo, Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu (2010) señalan que los mecanismos de la *resiliencia* pueden diferir en relación con la severidad contextual. Así, observamos que el ser humano es *resiliente* en unas situaciones y *vulnerable* en otras.

El paradigma de la *resiliencia* nos impulsa a aliarnos con los pacientes, considerando sus recursos y las capacidades que les ha permitido la supervivencia psicológica; ofreciéndoles recursos terapéuticos adaptados y coherentes con sus necesidades, sus entusiasmos y sus valentías. Asimismo, se pueden describir dos causas generales muy importantes de *vulnerabilidad*: la primera, haber sido víctima de sucesos traumáticos, porque un historial de desgracias agota la resistencia de las personas a infortunios futuros, quienes han sido traumatizados una o más veces, se hacen hipersensibles a situaciones estresantes y a nuevas amenazas; y la segunda, el padecimiento de ciertas dolencias físicas o mentales que debilitan nuestras defensas y consumen la energía y el vigor que necesitamos para protegernos o luchar en los momentos difíciles, en situaciones extremas y duraderas de infortunio, el agotamiento o la falta de energía física y emocional hacen sencillamente imposible la batalla por sobrevivir.

Al tiempo, en los últimos años se ha desarrollado un interés creciente por la importancia de los aspectos cognitivos (creencias) en la respuesta al trauma (Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1995; Janoff-Bulman, 1989). De acuerdo con el planteamiento de Janoff-Bulman (1992), los eventos traumáticos atacan directamente el sistema cognitivo de los sujetos. Las creencias acerca de la

invulnerabilidad personal, la ilusión de control personal, la creencia en un mundo benevolente y con significado nos proporcionan sensación de estabilidad y control. Cuando la persona se encuentra expuesta a acontecimientos traumáticos, toma conciencia de la fragilidad del sistema cognitivo sobre el que basa su vida (Janoff-Bulman y Frieze, 1983). Puesto que necesitamos estabilidad en nuestro sistema conceptual (Epstein, 1985), este abrupto ataque a nuestras creencias básicas puede derivar en una intensa crisis psicológica, o como acertadamente señala Janoff-Bulman, a la desintegración de nuestra comprensión de la realidad: "La esencia del trauma es la abrupta desintegración de nuestro mundo interior" (Janoff-Bulman, 1992, p. 63). De esta forma, las personas ven cómo sus expectativas y mecanismos de control, hasta entonces eficaces, quedan inutilizados. En este proceso, algunas víctimas son capaces de reconstruir un nuevo y más adecuado sistema de creencias de acuerdo a su nueva situación, otras presentan enormes dificultades al respecto y algunas desarrollan TEPT.

El constructo de *resiliencia* es independiente y puede ser empleado en cualquier corriente psicológica de forma general, y aunque encaja a la perfección con los fundamentos de la corriente de la Psicología Positiva (y comparte elementos comunes) se puede evitar su encasillamiento y exclusividad a esta corriente (para más detalle, ver revisión de Becoña, 2006).

Asimismo, Fletcher y Sarkar (2013) señalan que la resiliencia ha sido conceptualizada de muy diversas maneras, pero la mayoría de las definiciones están basadas alrededor de dos aspectos centrales: la *adversidad* y la *adaptación positiva*. De esta manera, para que la resiliencia sea demostrada, tanto la adversidad como la adaptación positiva deben ser evidentes, y como capacidad que se desarrolla y actualiza en la historia interaccional del paciente, se introduce la resiliencia en el proceso psicoterapéutico; entendiéndose como el *contrapeso del trauma* y constituyendo el conjunto de defensas *neurobiopsicosociológicas*.

De esta forma, implementar el Esquema Conceptual Referencial Operativo (E.C.R.O.) tomando como referencia el modelo biopsicosocial de salud implica un tratamiento multidimensional al considerar el funcionamiento del ser humano en varios planos o dimensiones superpuestos e interrelacionados: nivel estructural y psicofisiológico (cerebro); nivel informacional o biográfico (mente), y nivel corporal, y nos exige que busquemos cuál es la mejor manera de prestar ayuda a quien nos consulta. Uno de los objetivos fundamentales de todo proceso terapéutico consiste en promover que el paciente adopte un rol activo en el desarrollo del mismo. Hugo Bleichmar expresa que "(...) el paciente tiene que tomar un rol activo en el proceso de su curación (...) es necesario que el paciente no delegue en el analista el sostener hasta la próxima sesión el recuerdo de lo vivido y comprendido, sino que debe ser estimulado para que el intervalo entre sesión y sesión continúe siendo un período de autoanálisis".

Con esta perspectiva, la *narrativa terapéutica* se convierte en una herramienta fundamental; por la cual se busca dar significado al pasado y reconciliar a la persona con él, devolviéndole la dignidad a ella y a sus familias.

La narración, como toda manifestación cognitiva, emotiva y comportamental de la persona, es una construcción intrínsecamente relacional. Buscaremos observarlo, interpretando los contenidos, los símbolos, las modificaciones, las omisiones, y las transformaciones que el paciente va aportando, tanto en sus aspectos formales, como en sus características estructurales y de significado; teniendo en cuenta que cualquier descripción de hechos parte de una narrativa social que es la que le confiere precisamente ese significado al que acabamos de hacer referencia.

El protocolo de tratamiento que sigue el *modelo cognitivo narrativo-constructivista* (Meichenbaum, (1994) se desarrolla en nueve fases o niveles y parte del supuesto de que la realidad no existe, sino que se construye. Cada persona construye historias (*narraciones*) sobre los hechos que le van ocurriendo en la vida y estas narraciones van cambiando con el paso del tiempo en función de la personalidad, los sesgos conscientes o inconscientes, los receptores de la historia y la respuesta que dan a ésta, etc. Lo importante no son los hechos, sino la versión de los mismos que la persona ha construido para sí (y secundariamente para los demás), y la terapia se basará en construir nuevas narrativas de los hechos.

teniendo como referencia la definir el sufrimiento como la consecuencia, dinámica y cambiante, de la interacción, en contextos específicos, entre la percepción de amenaza y la percepción de recursos, modulada por el estado de ánimo; significando que cuanto más amenazadora le parezca a cualquier persona una situación y cuanto menos control crea tener sobre ella, mayor será su sufrimiento.

Si queremos aliviar el sufrimiento y facilitar el camino hacia la serenidad hay que aprender no sólo a explorar a los seres humanos como personas, sino también ayudarles, en lo posible, a adquirir control sobre la situación en que se encuentran.

A continuación, se van a desarrollar de una manera un poco más extensa, pero no exhaustiva, algunas de esas fases con la finalidad de enfatizar esa visión de la construcción de las nuevas narrativas de los hechos, con el objetivo de comprender mejor el modelo y su integración con prácticas, técnicas y dinámicas del ámbito de los modelos terapéuticos basados en intervenciones “ascendentes” (*bottom-up*).

En la Fase 1, se pretende realizar psicoeducación respecto a qué es el Trastorno de Estrés Post-traumático y cómo serán las condiciones necesarias en el proceso de recuperación. El objetivo es normalizar y legitimizar las reacciones traumáticas del paciente. Tras escuchar una narración detallada y abierta de la historia traumática, en el sentido de recuento personal subjetivo de los hechos, el terapeuta ayuda al paciente a *reconceptualizar* sus síntomas reinterpretándolos como signos de recuperación. Se trata de respuestas, muchas de ellas de base biológica, que su cuerpo desarrolla para intentar adaptarse a la situación traumática vivida y son, en consecuencia, intentos espontáneos de recuperación. Se pretende introducir, junto a la información respecto al trastorno y sus bases psicobiológicas, un sentido de esperanza y dotar de significado a lo que le ocurre al paciente que le permita construir una nueva narrativa de sus síntomas basada en lo positivo (síntomas de recuperación) en lugar de lo negativo (síntomas de lesión / daño). Así, los pensamientos intrusivos, la negación, la anestesia emocional, las pesadillas o rememoraciones, las reacciones de alarma, las autoacusaciones, etc., pueden verse como manifestaciones del instinto de afrontamiento y de supervivencia de todas las personas.

Lo importante no es tanto que este tipo de argumentos tengan base científica o no, como que constituyen nuevas “narraciones” más adaptativas que permiten al paciente resignificar lo que le ocurre atribuyéndole una perspectiva positiva. El acontecimiento traumático presenta un tipo de información incompatible con los modelos mentales existentes de comprensión del mundo (Horowitz, 1975). Esta ruptura cognitiva contribuye a generar en el sujeto un profundo estado de desesperanza e indefensión, ya que los esquemas previos resultan ineficaces para interpretar su situación de acoso en el puesto de trabajo. Desde el punto de vista construccionista es importante ayudar a la persona a detectar pensamientos automáticos y a que él mismo genere sus propios pensamientos alternativos.

En la Fase 5, se pretende ayudar al paciente a modificar las creencias maladaptativas y los sentimientos disfóricos, como la depresión o la culpa a través de métodos de reestructuración cognitiva y métodos de resolución de problemas. Las técnicas de reestructuración cognitiva intentan cuestionar el sistema de creencias y pensamientos automáticos de la persona a través de contrastar con preguntas y confrontar con otras evidencias, a fin de generar un diálogo cuestionador. Es fundamental no cuestionar directamente los pensamientos o las creencias de la persona, sino aceptarlos y a partir de aquí considerar conjuntamente las evidencias que las sustentan. Cuestionar o rechazar de manera frontal una idea, especialmente en fases tempranas, lleva a la persona a sentir que el terapeuta no entiende su dolor, coloca a éste en una posición de autoridad y de poseedor de la verdad y cuestiona la sensación de control sobre la entrevista de la persona.

En el caso concreto de las *reacciones de culpa*, el modelo narrativo propone *deconstruir* la situación. Para ello se hace primero una evocación a cámara lenta, incluso a través de un

procedimiento de imaginación guiada con los ojos cerrados. Se enfatiza que, posteriormente, a medida que los hechos se suceden y se dispone de más información, se reevalúan las decisiones tomadas, pero que ese proceso es justo y hay que retrotraerse a la información real de que se disponía y al contexto en que hubo que decidir. Se explica que las personas tienden a distorsionar los recuerdos en el sentido de atribuirse una responsabilidad personal, y por tanto culpa, que muchas veces no es real, y se invita a la persona a analizar si ese es su caso.

En la Fase 6, se ayuda al paciente a *reescribir* la historia personal de lo ocurrido utilizando *metáforas terapéuticas*. Se trata de utilizar el potencial terapéutico del testimonio para ir elaborando versiones progresivas de los hechos en los que pueda haber una búsqueda de significado de la experiencia y una reconceptualización de la misma. Puede elegirse diferentes tipos de narrativa (cambiando quién escribe, dirigido a quién, en qué contexto, etc.) según el trabajo que se esté realizando.

En la Fase 7, el objetivo es ayudar al paciente a manejar problemas de carácter o dificultades en las relaciones interpersonales. En aquellos casos en que los problemas están provocando aislamiento, pérdida de los amigos, dificultades de relación en el trabajo, etc. Se discutirán los conflictos y se buscarán estrategias para enfrentarlos.

En la Fase 9, se ayudará al paciente y a su familia a través de intervenciones de carácter familiar. Exploraremos la visión que tiene la familia de los hechos, la narrativa que ha construido cada uno, si ésta es compartida o no; se buscarán metáforas de curación facilitando la comunicación y el apoyo entre los miembros, y se normalizarán las reacciones y se hará educación respecto a la posibilidad de aparición de síntomas en éstos y cómo manejarlos.

Cuando la biografía se desdibuja, el organismo permanece pero la persona, aunque todavía capaz de experimentar sufrimiento y alguna chispa de vida, se va desvaneciendo. Loeser y Melzack (1999), dos autoridades en el campo del dolor, escriben que “el sufrimiento es una respuesta negativa inducida por el dolor pero también por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de personas u objetos queridos y otros estados psicológicos”; y Cassell (1999), “se produce sufrimiento cuando la persona se siente amenazada en su integridad biológica o psicológica”.

La psicoterapia de situaciones traumáticas, y en este caso del acoso moral en el trabajo, “constituye un campo complejo en el que los elementos individuales y comunitarios, sociales y clínicos, se imbrican, requiriendo de un abordaje con una mirada amplia que vaya más allá de las nosologías al uso, que ocultan a las personas tras los síntomas. Trabajar conjuntamente en cómo

caminar de la noción de víctima a la de superviviente, de la vulnerabilidad a la resistencia, de la humillación a la dignidad. En ese proceso, casi todo lo que realicemos en terapia no es, desde luego, neutro.” (Pérez-Sales, 2004)

La persona es el viaje. Los psicólogos podemos contribuir a hacerlo más llevadero, disminuyendo las vivencias de amenaza, incrementando la percepción de recursos, y mejorando el estado de ánimo; disminuyendo la incertidumbre, ayudando a las personas a deliberar en las encrucijadas difíciles y aumentando su percepción de control en el itinerario de la vida. Pero, sobre todo, no olvidando nunca que no nos relacionamos sólo con cuerpos con apariencia de persona, sino con personas reales que sufren y luchan porque tienen una permanente vocación de felicidad y plenitud.

El hecho de que nuestra capacidad de adaptación pueda fallar ante determinadas circunstancias no significa que estemos destinados irremediabilmente a vivir sin ilusión. “El atributo humano más emblemático es la propia habilidad para hacernos a nosotros mismos, pero no como esclavos de un destino labrado en nuestro mapa genético o esculpido en nuestro carácter, sino como sus forjadores.” (Rojas, 2004)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avolio, B.J., y Gardner, W.L. (2005). *Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership*. Leadership Quarterly, 16, 315-338.
- Avolio, B.J., Gardner, W.L., Walumbwa, F.O., Luthans, F., y May, D.R. (2004). *Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors*. The Leadership Quarterly, 15(6), 801-823.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (2006). *Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11, 125-146.
- Cassell, E.J. (1999) *Diagnosing suffering: a perspective*. Annals of Internal Medicine, 131 (7): 531-4.
- Clark, S. C. (2000). *Work/family border theory: A new theory of work/family balance*. Human Relations, 53, 747-770.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. y Chaudieu, I. (2010). *Resilience and mental health*. Clinical Psychology Review, 30, 479-495.
- Dejoy, D.M.; Wilson, M.G.; Vandenberg, R.J.; McGrath, A.L., y Griffin-Blake, C.S. (2010). *Assessing the impact of healthy work organization intervention*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83, 139-165.
- Einarsen, S. (2000). *Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach*. Aggression and Violent Behavior, 4, 379-401.
- Einarsen, S. y Hauge, L. J. (2006). *Antecedentes y consecuencias del acoso psicológico en el trabajo: una revisión de la literatura*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 22, 251-274.
- Einarsen, S. y Mikkelsen, E. G. (2003). *Individual effects of exposure to bullying at work*. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice* (pp. 127-144). London: Taylor Francis.
- Fletcher, D. y Sarkar, M. (2013). *Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory*. European Psychologist, 18, 12-23.
- García-Izquierdo, M.; Meseguer, M.; Soler, M.I., y Sáez, M.C. (2014). *Avances en el estudio del acoso psicológico en el trabajo*. Papeles del Psicólogo, 2014. Vol 35(2), 83-90.
- González de Rivera. J.L. (2002). *El Maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso*. Madrid. Espasa Calpe

- González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M. (2003). *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española*. *Psiquis*, 24 (2), 59-66.
- Gracia, F. J.; Silla, I.; Peiró, J. M.; Fortes-Ferreira, L. (2006). *El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados*. *Psicothema*, 8(2), 256-262
- Hirigoyen M. F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona. PAIDOS.
- Horowitz, M. J (1976). *States of Mind*. Aronson. Northvale (USA).
- Huici, C.; Molero, F.; Gómez, A., y Morales, J. F. coordinadores (2011). *Psicología de los grupos*. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid 2011 Librería UNED
- Janoff-Bulman, R (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.
- Jensen, S.M., y Luthans, F. (2006). *Entrepreneurs as authentic leaders: Impact on employees' attitudes*. *Leadership & Organization Development Journal*, 27(8), 646-666.
- Loeser, J.D. y Melzack, R. (1999) *Pain: an overview*. *The Lancet*, 353: 1607-1609.
- Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). *Mobbing at work and the development of Post-traumatic Stress Disorders*. *The European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 251-277.
- Leymann, H. (1996). *The content and development of mobbing at work*. *The European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 165-184.
- Luthans, F., y Avolio, B.J. (2003). *Authentic leadership: A positive development approach*. En K.S. Cameron, J.E. Dutton y R.E. Quinn (Eds.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 241-261). San Francisco Berrett-Koehler.
- Martín Daza, F., Pérez Bilbao, J., y López García-Silva, J.A. (2001): *El hostigamiento psicológico en el trabajo*.
- May, D.R., Chan, A.Y.L., Hodges, T.D., y Avolio, B.J. (2003). *Developing the moral component of authentic leadership*. *Organizational Dynamics*, 32(3), 247-260.
- Meichenbaum, D. (1994). *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy*. Wiley and Sons.
- Meseguer, M.; Soler, M.I.; García-Izquierdo, M.; Sáez, M.C., y Sánchez, J. (2007b). *Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo como predictores del mobbing*. *Psicothema*, 9(2), 225- 230.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E. y Morante, M. E. (2005). *Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio*. *Psicothema* 17, 621-632.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Sanz-Vergel, A. I. y Rodríguez, R. (2008) *El efecto del acoso psicológico en el insomnio: el papel del distanciamiento psicológico y la rumiación*. *Psicothema*, 20, 760-765.

- Moreno-Jiménez, B., Sanz-Vergel, A. I., Rodríguez-Muñoz, A. y Geurts, S. (2009) *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de interacción vida laboralpersonal SWING*. *Psicothema* 21, 331-337.
- Osca, A.; Palací, F.J.; Topa, G.; Moriano, J.A., y Lisbona, A.M. (2012). *Psicología de las Organizaciones*. Editorial Sanz y Torres, S.L. Madrid.
- Pérez-Sales P (2003). *Psicoterapia de situaciones traumáticas*. Vo I. Trauma y resistencia. You & Us.
- Pérez-Sales, P. (2004). *El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia*. *Norte de Salud Mental*, 20, 29-36
- Pérez-Sales, P. (2004). *Psicología social transcultural*. En Pérez-Sales, P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Ed Desclée de Brower. Bilbao.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal terrae.
- Piñuel, I (2003). *Mobbing. Manual de autoayuda*. Ed. Aguilar. Madrid
- Piñuel, I. y Oñate, A. (2003). El mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Congreso Internacional Virtual: intangibles e interdisciplinariedad, 409-426.
- Rojas, L. (2004). *Nuestra incierta vida normal*. Barcelona: Santillana Ediciones.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). *Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años*. *Liberabit*, nº 14, pp 31-40.
- Salanova, M. (2009). *Organizaciones Saludables: Una aproximación desde la Psicología Positiva*. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds), *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova, M.; Martínez, I, y Llorens, S. (2014). *Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la Psicología Organizacional Positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WoNT*. *Papeles del Psicólogo*, 2014. Vol 35(1), 22-30.
- Walumbwa, F.O., Avolio, B.J., Gardner, W.L., Wernsing, T.S. y Peterson, S.J. (2008). *Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure*. *Journal of Management*, 34(1), 89-126.
- Walumbwa, F.O., Luthans, F., Avey, J.B., y Oke, A. (2009). *Authentically leading groups: The mediating role of collective psychological capital and trust*. *Journal of Organizational Behavior*. DOI: 10.1002/job.653.
- Wilson, M.G.; Dejoy, D.M.; Vandenberg, R.J.; Richardson, H.A., y McGrath, A.L. (2004). *Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization*. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.
- Zapf, D., y Einersen, S. (Eds.) (2001). *Bullying in the work-place: Recent trends in research and practice* (special issue). *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(4).