

Actualización y aspectos prácticos sobre el *mobbing*

Teresa Fernández Vicente^a, Purificación Peñasco Iglesias^b y Liliana Losada Cucco^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Licenciada en Psicología. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SoMaMFyC. EAP Getafe Norte. Getafe (Madrid). España.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SoMaMFyC. EAP Sector III. Getafe (Madrid). España.

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SoMaMFyC. EAP Mari Ángeles López Gómez. Leganés (Madrid). España.

Puntos clave

- El *mobbing* es un término jurídico, no un diagnóstico médico.
- Más del 15% de la población activa española padece *mobbing*.
- Para que exista *mobbing*, las conductas de acoso se tienen que repetir de forma sistemática y recurrente en el tiempo.
- El *mobbing* siempre persigue un objetivo, en la mayoría de los casos es la destrucción psicológica del acosado para que este abandone voluntariamente su puesto de trabajo.
- Cualquier persona puede formar parte del grupo acosador.
- Cualquier persona puede sufrir conductas de acoso.
- No todas las víctimas de acoso sufren *mobbing*.
- En atención primaria se deben tratar las consecuencias de *mobbing*, no el *mobbing* en sí.
- La baja laboral es una herramienta terapéutica que, mal empleada, puede perjudicar al paciente.
- El simple seguimiento facultativo no se considera, en términos legales, un tratamiento médico; se debe registrar siempre el tratamiento que se pauta.

Palabras clave: *Mobbing* • Acoso Laboral.

Introducción

Cada vez con más frecuencia en las consultas de atención primaria se abordan problemas relacionados con el ámbito laboral. Los pacientes acuden a consulta refiriendo múltiples problemas de salud derivados o relacionados con su entorno laboral. Es importante que sepamos distinguir entre ellos uno muy concreto: el *mobbing*. Con este trabajo esperamos aportar los conocimientos necesarios para su abordaje y poder distinguir los casos de *mobbing* de los que no lo son.

Estamos ante una patología novedosa para la cual el médico de atención primaria ha recibido una formación escasa, una patología para la cual hoy día no existe un diagnóstico clínico. En la actualidad, el *mobbing* es un término jurídico

y no un diagnóstico médico. En cualquier caso, el paciente acude a la consulta y hay que saber abordarlo.

Definición

El concepto de *mobbing* aparece por primera vez en los trabajos del etólogo Konrad Lorenz, quien, al realizar sus estudios, observó en las conductas de ciertos animales que los miembros más débiles de la manada se unían para acabar con los animales más fuertes¹.

Posteriormente, el psiquiatra alemán Heinz Leyman definió por primera vez lo que hoy conocemos como *mobbing*², denominando así a “aquella situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica de

forma sistemática y recurrente sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo”³.

Los términos clave que se deben tener en cuenta para saber si estamos ante un caso de *mobbing* o no son:

1. La recurrencia de la violencia psicológica.
2. Que dichas conductas se repitan de forma sistemática.

Leyman indica que para que exista *mobbing* las conductas de acoso tienen que ocurrir, al menos, una vez por semana durante más de 6 meses³. Es importante subrayar que no en todos los casos es necesario se cumplan estas dos premisas exactamente.

Este tipo de conductas tiene una finalidad: la destrucción psicológica del acosado para que abandone voluntariamente su puesto de trabajo.

Epidemiología

El *mobbing* es un problema de salud muy importante que genera numerosos costes:

- Directos: todo el abanico de patología física y psíquica que presentan los pacientes.
- Indirectos: absentismo laboral, disminución de la productividad, pérdida de motivación.

Según la “Tercera encuesta europea sobre condiciones de trabajo en la Unión Europea”, publicada por la Organización internacional del Trabajo (OIT) en 2000, un 9% de los trabajadores europeos han sido víctimas de *mobbing*³ (13 millones de personas).

El Barómetro Cisneros es la primera medida que se ha utilizado en España para calcular la incidencia del acoso moral en el trabajo. Se trata de una serie de estudios llevados a cabo por el profesor Piñuel (psicólogo del trabajo y profesor titular de la Universidad de Alcalá de Madrid) que, en el V Informe Cisneros, estima que más de 1,5 millones de personas son víctimas de acoso laboral, lo que supone más del 15% de la población activa⁴.

Es importante destacar que hasta un 10% de los suicidios consumados tiene relación con el *mobbing*⁵.

Elementos del *mobbing*

Para que exista *mobbing* tienen que aparecer los siguientes elementos⁶: acosado y acosador/es; conductas de acoso; reiteración en estas conductas; percepción de dichas conductas como amenazantes o destructivas y una reacción defensiva inadecuada o ineficaz con repercusiones psíquicas, somáticas y sociales en la víctima. Por tanto, no todas las víctimas de acoso sufren *mobbing* (fig. 1).



Figura 1. Elementos del *mobbing*. (Publicado en: Médicos de Familia; SoMaMFyC, febrero de 2009).

Una de las características principales del *mobbing* es la utilización de la violencia psicológica para provocar la auto-destrucción del acosado; además, existe un aspecto muy importante del acoso laboral que lo diferencia de cualquier otro tipo de violencia ejercida entre seres humanos y es su carácter grupal⁷. Las conductas de acoso las suele realizar una persona, pero sin el apoyo del grupo no tendría ningún poder para continuar ejerciendo dicho acoso; en muchos casos, el resto de los compañeros son cómplices silenciosos de las conductas de acoso.

Acosador: Persona o grupos de personas que realizan las conductas de acoso.

Acosado. Persona que es objetivo de las conductas de acoso.

Conductas de acoso. Leymann distinguió 5 formas de comportamientos que se traducían en conductas de acoso: manipulación de la reputación de la víctima, de sus posibilidades de comunicación con otros trabajadores, de sus relaciones sociales, de la calidad de sus situaciones laborales y vitales, y de su salud⁸. En España, González y Rivera y Rodríguez Abuín han diseñado el LIPT-60 (derivado del Leymann Inventory of Psychological Terrorization), que es un cuestionario autoadministrado donde se presentan 60 conductas de acoso (el LIPT original de Leymann contiene 45 conductas de acoso), algunas de las cuales vienen recogidas en la tabla 1⁹.

A su vez, Zapf agrupó las conductas de acoso en 7 bloques¹: medidas organizacionales, aislamiento social, vida privada, violencia física, actitudes, agresiones verbales y rumores. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), en su Nota Técnica de Prevención 476, nos hace referencia a estas conductas¹¹.

Estrategia de defensa. Este punto es muy importante, hacer frente al *mobbing* puede evitar que se desarrolle un amplio abanico de consecuencias físicas y psíquicas.

TABLA 1. Conductas de acoso*

Los superiores no le dejan expresarse
Aislar a una persona
Prohibir a los compañeros que hablen a una persona concreta
No asignar trabajo a una persona
Asignar tareas degradantes o sin sentido por debajo de sus capacidades
Críticas a la vida privada
Levantar rumores
Dar a entender que la persona tiene problemas mentales
Gritar de forma permanente a una persona
Amenazas

*Modificada de González de Rivera et al⁹.

¿Qué no es *mobbing*?

Existen numerosos conflictos dentro de las organizaciones laborales que no deben considerarse *mobbing*¹². No se considera *mobbing*:

- El estrés laboral.
- Pequeñas disputas con los compañeros.
- Los incidentes leves dentro del ámbito laboral.
- El *burnout*.
- El acoso sexual.

Las anteriores situaciones no pueden considerarse *mobbing* porque, entre otras cosas, no tienen como objetivo la destrucción psicológica del acosado ni que este abandone voluntariamente su puesto de trabajo.

Perfil del acosador y de la víctima

Se han tratado de estudiar por muchos autores los perfiles personales y profesionales de los protagonistas del *mobbing*, el acosador y el acosado. En el caso del *perfil de acosador*, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha coinciden en que las personas que acosan presentan una alteración de la personalidad. Para la terapeuta francesa Hiri-goyen¹³ se trata de personalidades perversas; para el psiquiatra español González de Rivera¹⁴ presentan el síndrome MIA (mediocre inoperante activo¹⁵). Muchos autores terminan presentando al acosador con un trastorno de personalidad denominado psicopatía; se trata de un psicópata socialmente integrado¹⁶; están adaptados a la sociedad pero constantemente rompe las reglas de convivencia; se caracterizan por tener un deseo de poder sobre las personas, aunque conocen la diferencia entre el bien y el mal, pero

TABLA 2. Características de personalidad más frecuentes observadas en el acosador y la víctima

Del acosador principal	De la víctima de acoso
Personalidades perversas	Personas brillantes
Mediocridad profesional	Talentedas
Psicópata integrado de autoexigencia	Con altos niveles socialmente
Con deseo de poder	Ordenadas
Amorales	Meticulosas
Mentirosos	Perfeccionistas
Envidiosos	Con elevada ética y honradez
Manipuladores	Personas innovadoras
Egocéntricos-narcisistas	Muy trabajadoras y eficaces
Maquiavélicos.	Personalidades débiles
Encanto superficial	Necesitadas de afecto
Falsa seducción	Vulnerables
Falta de remordimiento y de vergüenza	Cualquier persona puede convertirse en víctima

esto no los detiene en su anhelo de conseguir sus objetivos, son mentirosos y manipuladores. El psicópata integrado convencerá a su entorno de que la víctima elegida se merece el castigo de la humillación, e incluso intentará que la propia víctima se sienta culpable y merecedora del hostigamiento al que la someten, motivo principal que impide a la víctima buscar una salida a su situación.

No existe la misma unanimidad para definir el perfil de la víctima de acoso. El profesor Piñuel, de la Universidad de Alcalá de Henares, psicólogo laboral¹⁷, considera que se trata de profesionales brillantes y talentosos, con elevada ética y honradez, con un alto sentido de la justicia. En cambio, González de Rivera clasifica a los sujetos con riesgo de padecer acoso laboral en tres grandes grupos:

- Las personas brillantes y atractivas.
- Las innovadoras, eficaces y trabajadoras.

Ambos grupos son vividos como *amenazantes* para el acosador.

- Personalidades débiles, con alguna peculiaridad o defecto que les hace ser más vulnerables.

Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden finalmente que “cualquier persona” podría verse afectada por el *mobbing*. Es la reacción del hostigado ante este tipo de problema y las consecuencias que se derivan de las conductas agresivas las que pueden variar en función de determinadas características personales³.

En la tabla 2, características de personalidad más frecuentes observadas en el acosador y la víctima

Para Pares¹⁶, trabajadora social y perito jurídico, el origen de una situación de acoso no está en el carácter de la víctima y sí en el tipo de personalidad del acosador principal, al que llama psicópata integrado, mientras que testigo mudo o colaborador del acosador principal podría convertirse cualquiera, porque es seducido por el instigador o bien por miedo de él.

Forma de presentación en la consulta

Algunos pacientes pueden acudir a la consulta diciendo directamente que sufren *mobbing*, pero lo más frecuente es que no sea así. Las verdaderas víctimas de *mobbing* se encuentran tan confundidas que la mayoría de las veces no saben lo que les está ocurriendo, “se encuentran mal”, sin saber exactamente qué y por qué les ocurre. Es mediante la entrevista clínica que podremos detectar síntomas de ansiedad y/o depresión, somatizaciones, mezcla de síntomas físicos y psíquicos, cuadros abigarrados que no encuadran con ningún diagnóstico claro, empeoramiento de patologías ya conocidas o falta de respuesta a tratamientos habituales (tabla 3).

El daño a la víctima de una situación de *mobbing* puede presentarse de una forma aguda, mientras está sufriendo el acoso, pero también puede dejar unas secuelas en la salud del paciente que ha sufrido un acoso prolongado y no tratado.

Algunos autores afirman que los síntomas más frecuentes de las víctimas de *mobbing* son las propias de una situación de estrés postraumático, con alteraciones del sueño, cansancio generalizado, ideas negativas (especialmente sobre el porvenir), con una variada forma de síntomas físicos, como cefaleas, dolores, lumbalgias, problemas digestivos, etc.¹⁸

A medida que pasa el tiempo, aparecen síntomas más específicos, como la dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, anhedonia y aislamiento, empiezan a predominar el miedo y la preocupación exagerada, e incluso el sujeto presenta un estado de irritabilidad y violencia casi permanente, que le puede ocasionar conflictos de todo tipo, sobre todo con la familia y su entorno. Como secuelas puede desarrollar cambios en la personalidad, a nivel de la conducta,

con predominio de rasgos obsesivos, depresivos o finalmente resignación¹⁹.

Por todo ello, no sólo la persona acosada se ve afectada, sino que la familia y la empresa también sufren las consecuencias del *mobbing*²⁰.

Diagnóstico diferencial

En primer lugar, debemos tener claro que el *mobbing* no es un diagnóstico médico, sino un término jurídico. Por tanto, no es el médico el que tiene que decidir si el paciente sufre o no acoso laboral. Pero si mediante la entrevista abierta con el paciente sospechamos que existen características o elementos que definen un *mobbing*²¹, nos ayudará mucho a entender al paciente saber que lo que le ocurre en su salud puede llegar a ser muy grave. No hay que olvidar que el proceso de destrucción psicológica puede ser devastador²².

Hay que considerar que las consecuencias del *mobbing* diferirán de otras situaciones, como el estrés laboral, el *burnout*, los conflictos laborales aislados o las exigencias profesionales²³. La característica fundamental que los distingue es que en estas situaciones laborales no existe tendenciosidad, querer hacer daño, ni encubrimiento y sí en el acoso laboral²⁴.

Un gran problema que podemos encontrarnos a la hora de abordar un caso de *mobbing* es la duda de si nos encontramos ante un verdadero caso de acoso o no. El falso *mobbing* puede llegar a ser protagonizado por personas con rasgos paranoides¹⁸, por un acosador encubierto o bien por un simulador consciente de que quiere conseguir un beneficio²⁵. Al igual que ocurre con muchas otras situaciones médicas, debemos intentar evitar prejuzgar a nuestro paciente, ceñirnos a los síntomas y actuar como nos parezca más acorde. Nosotros no somos detectives ni jueces. Para un adecuado diagnóstico debemos fijarnos en la personalidad del paciente, las características de su puesto de trabajo, la historia que nos cuenta y la motivación que le ha llevado acudir a consulta.

Papel del médico en atención primaria

Es importante plantearse cuál es el papel del médico en el abordaje del *mobbing*. Podríamos hablar de dos funciones:

- Realizar una aproximación diagnóstica. Una primera orientación sobre los síntomas y sobre si existe simulación, búsqueda de otros intereses (indemnización) o alteración de la personalidad o trastorno delirante. Ya se han mencionado las consideraciones que se deben tener en cuenta respecto este punto.
- Tratar las consecuencias del acoso.

TABLA 3. Síntomas que puede presentar una víctima de *mobbing*

Ansiedad
Depresión, desesperanza, sensación de inutilidad, de culpa
Mezcla de síntomas físicos y psíquicos
Agravamiento de patologías previas
Falta de respuesta a tratamientos habituales
Evolución fluctuante de la sintomatología
Cuadros de diagnóstico no claro

En atención primaria, se pueden tratar las consecuencias de *mobbing*, los efectos que produce en el paciente la experiencia del acoso, no el *mobbing* en sí, que corresponde a los agentes sociales, laborales y judiciales.

En cuanto a las manifestaciones somáticas, se debe valorar si es adecuado instaurar un tratamiento farmacológico y medidas higiénico-dietéticas si presenta, por ejemplo, dolor de espalda, cefalea o epigastralgia, y pautar analgésicos o antiácidos. Asimismo, se puede beneficiar de un tratamiento hipnótico para mejorar el insomnio, un ansiolítico para reducir los síntomas intensos de ansiedad o un antidepresivo, si se considera indicado.

Desde el punto de vista psicológico y social (de relación), se debe realizar el abordaje del que el médico sea capaz y, en ocasiones, derivar a los servicios de salud mental. El médico debe tratar de ayudar al paciente a superar el problema igual que haría en otras circunstancias. La sola información sobre lo que se está padeciendo puede aliviar enormemente, poniéndole nombre a lo que se está sufriendo, dándose cuenta de que no es la única persona que lo padece, que no es culpable del acoso que recibe, que no se está volviendo loco, sino que los síntomas son la respuesta al estrés sufrido y que existe un camino hacia la recuperación y pasos que se deben seguir para afrontar el problema. Esta intervención breve, que puede llevar 5 minutos, puede ser clave para que el individuo se plantee el problema como un reto y no como un fracaso.

Recomendaciones en el abordaje del *mobbing*

Existe una serie de recomendaciones que pueden ser de gran ayuda para el paciente que consulte refiriendo acoso laboral²⁶. En la tabla 4 se presenta el listado de estrategias para afrontar el *mobbing*.

Es imprescindible que identifique si lo que está sufriendo es *mobbing* y que busque apoyo y asesoramiento de sindicatos, abogado y/o asociaciones de afectados por el *mobbing*. Un correcto asesoramiento sobre el problema le puede ayudar a afrontar con mayor eficacia la situación. Existen muchas fuentes de información, entre las cuales se encuentran los diferentes libros de Piñuel, Hirigoyen o Parés, la «Plataforma de afectados por el *mobbing*» o páginas web como www.acosomoral.org o <http://www.ugt.es/mobbing>.

En ocasiones, una terapia de apoyo puede ser necesaria para recomponerse, soportar el proceso si acaba en juicio y paliar las consecuencias del maltrato psicológico. Tanto el terapeuta como el médico pueden ayudarle (no decidir por él) a determinar qué quiere hacer con el problema²⁶.

Si entiende que le compensa más cambiarse de empleo y ello es factible, apoyarle para que comience a buscar otro trabajo. Si le merece la pena marcharse ya del trabajo y se lo

TABLA 4. Estrategias personales para superar el *mobbing**

1. Identificar el problema del *mobbing* como tal: poner nombre a lo que está pasando, informarse y formarse sobre el problema
2. Documentar y registrar las agresiones que se sufren lo antes posible
3. Hacer públicas las agresiones que se reciben en la intimidad y en secreto, y comunicarlas a los compañeros, jefes, pareja, amigos y familiares
4. Desactivarse emocionalmente, evitar reaccionar con ataques
5. Controlar y canalizar la ira y el resentimiento
6. Hacer frente al *mobbing*: no se resuelve solo
7. Ser asertivo, responder a las calumnias y críticas destructivas, aunque sin pasividad ni agresividad
8. Evitar el aislamiento social
9. Evitar la autoinculpación
10. No intentar convencer o cambiar al hostigador
11. Autoestimular la capacitación profesional, acudir a cursos, mantenerse actualizado, etc.
12. Evitar la destrucción, solicitar ayuda médica, psicológica y legal, para diseñar el plan de afrontamiento más adecuado

*Modificada de Piñuel²⁶.

puede permitir, podría ir buscando una salida negociada (despido y derecho a paro).

Si no se puede permitir una salida inmediata del trabajo o entiende que le compensa más continuar en el empleo, deberá buscar asesoramiento legal/sindical sobre cuáles son las acciones legales a emprender contra la persona que le acosa, y calcular si está dispuesto a asumir las posibles represalias de que pudiera ser objeto. En tal caso, el médico (o el terapeuta) puede ayudar al paciente a trabajar para potenciar el grado de control sobre el problema. Con acciones encaminadas a reforzar las conductas que ya le han sido eficaces frente a su acosador, potenciar su red social, elaborar respuestas sin caer en la paralización ni en la ira y evitar el aislamiento.

Derivación a salud mental

Puede ser necesario derivar al paciente a salud mental, cuando las manifestaciones psíquicas o físicas sean muy graves, si existen implicaciones legales, ante personalidades patológicas o dudas en cuanto al diagnóstico, o si el médico valora que no es suficiente el apoyo que le puede proporcionar; es muy importante mantener la colaboración para el seguimiento del caso (tabla 5).

La baja laboral por *mobbing*

El paciente puede acudir a la consulta únicamente para conseguir un informe de “sufrimiento psicológico” y/o la ba-

TABLA 5. Motivos de derivación a salud mental

Ante síntomas graves
Si existen implicaciones legales
Ante personalidad patológica
Dudas diagnósticas
Si el médico valora que no es suficiente el apoyo que le puede proporcionar
Es fundamental mantener la colaboración para el seguimiento del caso

ja laboral, en ocasiones asesorado con mayor o menor seriedad por familiares, compañeros de trabajo o abogados.

Si lo que quiere es un informe sobre su sufrimiento psicológico, lo más adecuado sería derivar a salud mental. Si el caso acaba en los Tribunales, actualmente los jueces y los abogados de la otra parte suelen considerar mejor la labor del psiquiatra como perito para este tipo de casos²⁸. Como no queremos perjudicar al paciente, la derivación sería lo más conveniente.

En ocasiones, el paciente directamente pide la baja. Si esto ocurre, es aconsejable dedicar unos minutos a escuchar su historia. Muchas veces, la confusión, los consejos recibidos y los sentimientos negativos (humillación, culpa) no le dejan ver qué quiere y cuál es el mejor camino para lograrlo. Hay que tener en cuenta que es una víctima ya estigmatizada por el acosador y muchas veces por el entorno laboral y familiar, a lo que de alguna manera contribuye la baja laboral; además, el paciente se va a agarrar fácilmente a ella como única vía de vivir un problema que le supera. El médico tiene un importante papel a la hora de gestionar la baja para que contribuya a unos fines adecuados. Es fundamental situar el problema. El problema que está sufriendo es laboral. Hay que enfrentarlo y resolverlo en el ámbito laboral. La baja no ayuda a que se resuelva (ayuda a otras cosas).

Debe tenerse en cuenta que la baja puede perjudicarlo. Ausentándose no se está defendiendo y sin hacer nada no se solucionará el problema. Está dejando el “campo libre” a su acosador. Una menor productividad contribuye a la “justificación” de las hostilidades e incluso al despido.

Actuaremos como en cualquier otro caso en el que consideremos que el paciente se puede beneficiar de un tiempo sin ir a trabajar, sin olvidar que la baja es una herramienta que se debe utilizar para la mejoría del paciente y no un elemento que aplace e impida que este se pueda adaptar mejor a la situación. Se debe fomentar que sea una baja activa, que le ayude a aclararse y resolver. Pactar una baja de corto plazo desde el principio contribuye a evitar que este tipo de bajas se cronifique y a hacer menos posible que la baja favorezca la posible aparición de una fobia a la reincorporación

al trabajo. Que se vea como un medio para recuperarse y afrontar el problema y no como un fin en sí mismo.

Aspectos legales del abordaje del *mobbing* en la consulta de atención primaria

Piñuel indica, citando a Leymann: “En las sociedades de nuestro mundo occidental altamente industrializado, el lugar de trabajo constituye el último campo de batalla en el que una persona puede matar a otra sin ningún riesgo de llegar a ser procesado ante un tribunal”¹⁷.

En nuestro ordenamiento jurídico no existe aún regulación específica sobre el *mobbing*, pero sí normas legales que han servido a algunos afectados para su tratamiento legal²⁹.

En numerosas ocasiones, el paciente solicita que le emitamos una baja laboral; es importante destacar una serie de consideraciones que se deben tener en cuenta:

- Si creemos que el paciente precisa que se emita una incapacidad laboral transitoria (ILT), antes de emitirla derivaremos al paciente a su mutua, para valorar si lo que le está ocurriendo corresponde a un accidente laboral o enfermedad profesional.

- En prácticamente la totalidad de los casos el paciente volverá a nuestra consulta habiéndosele denegado dicha ILT como accidente laboral. Llegados a este punto, existen dos opciones:

1. Remitir a la inspección médica sin tramitar la baja laboral para que se decida si se inicia un trámite para otorgar dicha incapacidad laboral transitoria como accidente laboral.

2. Entregar baja laboral con un diagnóstico “*ad cautelam*” o “pendiente de determinar contingencia”, que de forma automática terminará con resolución del INSS.

- En caso de que el paciente se encuentre en situación de baja laboral por enfermedad común, puede, a petición propia, solicitar una reclamación al INSS para una revisión de contingencia.

Hoy día, el acoso moral (aunque se produzca en el ámbito laboral) no está reconocido como tal en la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de “Prevención de riesgos laborales”, aunque existe la posibilidad de interponer una denuncia para que al interesado se le reconozca la patología derivada como accidente laboral (aunque tampoco está reconocido como enfermedad profesional en la Ley 1/1994 de 20 de junio General de la Seguridad Social).

Tampoco está reconocido el acoso moral como delito en el código penal, pero encontramos que el artículo 147 del Código Penal dice: “El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como

reo del delito de lesiones con la pena de prisión de 6 meses a 3 años, siempre que la lesión requiera para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico". Este dato es muy importante para el médico, ya que es necesario un "tratamiento médico o quirúrgico" para la curación del paciente, en la historia clínica del paciente es muy importante que determinemos qué tipo de tratamiento hemos realizado con el paciente, ya que la simple observación o vigilancia de este no sería suficiente en caso de demanda.

El artículo 50 del Estatuto de los Trabajadores también protege al acosado, ya que le permite una vía legal para rescindir el contrato por voluntad del trabajador por graves incumplimientos contractuales del empresario, pero le otorga las mismas indemnizaciones de un despido improcedente y la posibilidad de prestación por desempleo.

Las propuestas legales que realizan los expertos frente al futuro en relación con el *mobbing* son:

- Incluir el acoso moral como delito en el Código Penal.
- Incluir el acoso moral como enfermedad profesional dentro de la Ley de Seguridad Social.
- Incluir el acoso moral como un riesgo que se debe prevenir dentro de la ley de "Prevención de riesgos laborales".
- Considerar el acoso moral como una vulneración de un derecho fundamental del trabajador dentro del Estatuto de los Trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenz K. Sobre la agresión el pretendido mal. 8.ª ed. Madrid: Siglo XXI; 2005.
2. Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail*. París: Seuil; 1996.
3. González VM, González R. El *mobbing*. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Semergen; 2004.
4. Arroyuelo O. La violencia psicológica en el lugar de trabajo en el marco de la unión Europea. Lan harremanak: Revista de Relaciones Laborales. 2002;7:279-96.
5. Piñuel I, Zabala. Informe Cisneros V. La incidencia del *mobbing* o acoso psicológico en el trabajo en la administración (AEAT e IGAE). Madrid; 2004.
6. López García JA, Camps P. *Mobbing*, aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. *Mapfre Medicina*. 1999;10:253-60.
7. Parés M. Conociendo al grupo acosador desde la antropología. En: Cuando el trabajo nos castiga: Debates sobre *mobbing* en México. México: Eón; 2007. Disponible en: www.acosomoral.org/pdf/Conociendo%20al%20grupo%20acosador.PDF
8. Leymann H. The content and development of *mobbing at work*. *European Journal of work and organizational Psychology*. 1996;5:165-84.
9. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*. 2003;24:59-69.
10. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of *mobbing* bullying at work. *International Journal of Manpower*. 1999;20:70-85.
11. Martín F, Pérez J, López JA. Nota técnica de Prevención 476. El hostigamiento psicológico en el trabajo: *mobbing*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998.
12. Hirigoyen MF. El acoso moral en el trabajo: distinguir lo verdadero de lo falso. Barcelona: Paidós; 2001.
13. Hirigoyen MF. El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Barcelona: Paidós; 1999.
14. González de Rivera JL. El maltrato psicológico. Madrid: Espasa Prácticos; 2002.
15. González de Rivera JL. El trastorno por mediocridad inoperante activa (síndrome MIA). *Psiquis*. 1997;18:229-31.
16. Parés M. Presidenta de la asociación SEDISEM: Servicio Europeo de Información sobre el *Mobbing*. Aproximación al psicópata socialmente integrado. Una visión histórica. *Interpsiquis*. 2008; *on-line* febrero de 2008.
17. Piñuel I. *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae; 2001.
18. De la Gándara JJ, Álvarez MT. *Mobbing* y salud: mitos y realidades. *Psiquiatría y Atención Primaria*. 2003;4:13-8.
19. Hirigoyen MF. L'assetjament moral a la feina. Barcelona: Edicions 62; 2001.
20. Civil F. El *mobbing*. ¿Una nueva enfermedad? *FMC*. 2003;10:75-6.
21. Parés M. Pautas para el reconocimiento del *mobbing* en la empresa. Procedente del x Congreso de Antropología en Sevilla, septiembre 2005. Disponible en: www.acosomoral.org/pdf/sevilla06/0232.pdf
22. Prieto A. Hostigamiento laboral (*mobbing*) y sus consecuencias para la salud. *Aten Primaria*. 2005;35:213-6.
23. Hirigoyen MF. El acoso moral. Barcelona: Paidós; 1999.
24. Parés M. Peritación social. La ayuda en los procesos judiciales por *mobbing*. *Revista Jurisprudencia Argentina*; 2007;3:57-64.
25. Parés M. La prueba testifical. ¿Cómo detectar al falso *mobbing*? 1.ª Jornada de Análisis Integral del *mobbing*. Ámbito Jurídico. Girona, 25 de noviembre de 2005. Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/poMPares.PDF>
26. Piñuel I. *Mobbing*. Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Aguilar; 2003.
27. Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo KL, De la Cueva López Chaves F, Real Pérez M. Terapia familiar breve en atención primaria I. *Revista El Médico*. 2003;875:33-52. Disponible en: www.medynet.com/el-medico/aula2003/index.htm
28. Piñuel I, Oñate A. *Mobbing*, estado de la cuestión. Todo lo que siempre quisimos saber y nadie le explicó sobre el acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Gestión; 2000.
29. Velázquez M. La respuesta jurídico legal ante el acoso moral en el trabajo o "*mobbing*". *Revista del INSS. Prevención, Trabajo y Salud*. 2002;17:27-38.