

Luis Javier Sanz Rodríguez, M.^a Teresa Almendro Marín, María Gómez García de La Pedrosa, Sara Díaz-Caneja Fernández

Una experiencia de abordaje grupal de conflictos laborales desde los servicios de salud mental

RESUMEN: La experiencia de tratamiento grupal en personas con conflictos laborales, desarrollada en los Centros de Salud Mental del Área 10 de Madrid a través del trabajo con cinco grupos consecutivos, en el periodo comprendido entre 2003 y 2006.

PALABRAS CLAVE: Conflicto laboral, tratamiento grupal, proceso de cambio, expresión emocional.

ABSTRACT: Our group treatment experience with individuals involved in mobbing, developed in the Mental Health Services of the 10th Area (Madrid). It is showed the work with five consecutive groups attended during the period between 2003 and 2006.

KEY WORDS: Mobbing, group treatment, process of change, emotional expression.

El acoso laboral es un fenómeno que empezó a ser investigado a principio de los años ochenta y que se ha convertido en el tópico de la investigación en los años noventa (Serrano, 2005). Es el sueco Leymann (1996) quien introduce el término inglés *mobbing* y el que establece los criterios definatorios: «Fenómeno en que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (al menos una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (más de seis meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus tareas y lograr que finalmente esa persona acabe abandonando el lugar de trabajo».

Desde la perspectiva médica el *mobbing* no es una enfermedad, sino un proceso donde se produce un comportamiento lesivo que genera una serie de malestares o enfermedades en quien es su objetivo. Este proceso se caracteriza por una relación asimétrica de fuerzas, en la que una parte daña y otra es dañada, produciéndose una interacción de dinámicas creadas por el acosador, por la víctima y por el grupo social al que ambos pertenecen (Hirigoyen, 1999; Renduelles, 2005).

Los datos sobre la frecuencia con que se da este fenómeno en España son muy variables, desde 5% según Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo (2001), hasta un 15% según el Quinto Informe Cisneros sobre el acoso psicológico y moral en el trabajo, desarrollado por Piñuel (2001) en la Universidad de Alcalá de Henares.

Aunque la mayoría de los autores se cuestionan la utilidad de clasificar en fases la evolución de este fenómeno, casi unánimemente citan las fases establecidas por Leymann (Barón, 2003):

- a) *Fase de conflicto*: a partir de un incidente crítico, mal resuelto por la organización, se produce una escalada de conflictos, el conflicto inicial aumenta desproporcionadamente produciendo en el sujeto desconcierto, al ver que sus relaciones con una o varias personas empeoran notablemente. Esta primera fase no supone propiamente acoso psicológico y suele durar poco tiempo.
- b) *Fase de estigmatización*: la persona que ha sido elegida es objeto de una focalización, se trata de señalarla a ella como alguien que merece los ataques de que va a ser objeto. Supone la apertura del proceso y la intimidación formal de la víctima a la que se acusa de deslealtad o ineficacia en el trabajo, se usan en su contra los síntomas de ansiedad o los fallos atencionales y se les amenaza formalmente con la degradación laboral o el despido. Esta fase puede prolongarse durante meses o años. El acoso se desarrolla mediante comportamientos de hostilidad repetidos que en otro contexto distinto no revestirían mayor importancia ni implicarían agresión. Las conductas más citadas corresponden con las ya mencionadas en las diferentes escalas de evaluación.
- c) *Fase de intervención*: después de cierto tiempo de acoso se produce la intervención jerárquica. Como señalan Piñuel y Zabala (2004) «cuando interviene la línea jerárquica el caso se convierte en el caso de X, siendo siempre X la víctima y nunca el acosador». Hacia el final de esta fase ya empiezan a tomarse acuerdos y decisiones que afectan al acosado sin su conocimiento ni participación.
- d) *Fase de eliminación*: cuando las condiciones del trabajo causantes del acoso no son resueltas, el hostigamiento suele finalizar con la salida de la víctima de la organización, unas veces por petición de traslado o abandono del puesto y otras por despido. En otras ocasiones se produce una adaptación burocrática a la tarea, desempeñando su trabajo con la menor inversión afectiva posible.

Existe un paralelismo entre las fases clínicas por las que evoluciona la víctima del acoso laboral y las fases del acoso propiamente dicho. Posiblemente los síntomas psicósomáticos más frecuentes son: dolores de cabeza, espalda, cuello, estómago, alteraciones del sueño, ánimo triste, irritabilidad, llanto, falta de concentración y problemas de memoria (García, 2005; Prieto-Orzanco, 2005).

El presente trabajo describe el abordaje grupal de la problemática de pacientes que acuden derivados a los Servicios de Salud Mental por conflictiva laboral a partir de nuestra experiencia con los pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental del Área 10 de Madrid (Getafe y Parla) entre los años 2004 y 2006, que son derivados por otro terapeuta (psicólogo clínico o psiquiatra) para una intervención más específica.

Método

Objetivos y encuadre

Esta terapia de grupo tiene por objeto el trabajo con unos pacientes que tienen una serie de características comunes como un discurso centrado en la problemática laboral. Asimismo, se presentan dificultades en su manejo desde Atención Primaria con frecuencia, en gran medida por lo que a la interrupción laboral transitoria se refiere. Otro elemento de gran incidencia en estos pacientes es el predominio de la clínica ansioso-depresiva y la implicación en procesos judiciales. Se presenta también la necesidad de que asuman la responsabilidad en su problemática y tratamiento, además de proporcionarles un contexto terapéutico alternativo a los componentes habituales como partes de baja, medicación o informes.

Tomando como base estas características comunes a la población que se dirige esta intervención, podemos señalar los siguientes objetivos:

- 1) Inicialmente, facilitar la comprensión del proceso que les ha conducido a solicitar ayuda en el Centro de Salud Mental.
- 2) Incrementar la capacidad de otorgar significado a la propia experiencia, a partir de un aumento de la conciencia emocional.
- 3) Facilitar el registro interno, la aceptación y la expresión de emociones a través de la palabra.
- 4) Reducir las conductas de escape y evitación.

En cuanto al encuadre, resulta necesario definir qué tipo de grupo se lleva a cabo con estos pacientes. Nos situamos ante un grupo de contenidos en cuanto al foco de trabajo y con un carácter parcialmente directivo. Además, se trata de un grupo con agenda, con el fin de que favorezca el trabajo grupal en torno a una estructura de las sesiones relativamente cerrada y un grupo homogéneo en cuanto a la problemática objeto de intervención. Se trabaja con un grupo cerrado, que tiene como media unos diez participantes y un terapeuta y coterapeuta. Las sesiones cuentan con una periodicidad semanal, una duración de setenta y cinco minutos y, un total de diez sesiones, lo que supone un trabajo grupal de alrededor de dos meses y medio en un entorno físico que ha de ser reducido y contenedor.

El seguimiento de la incapacidad laboral transitoria y la medicación quedan fuera de la dinámica grupal. Los aspectos relacionados con la baja son atendidos desde los servicios de Atención Primaria, y los aspectos farmacológicos son asumidos por psiquiatras del Centro de Salud Mental.

Se trata de un grupo homogéneo en cuanto al motivo de la demanda (conflictos laborales) pero heterogéneo respecto al diagnóstico. Asimismo, el grupo es variable respecto a la edad, profesión y género aunque prácticamente todos los

participantes comparten la misma situación laboral (incapacidad laboral transitoria). Del mismo modo, un porcentaje significativo de los pacientes estaba involucrado en algún tipo de proceso judicial en relación con sus problemas laborales.

Para la recogida de información se ha empleado una medida pre- y post-tratamiento del SCL-90-R. La escala de Síntomas, SCL-90-R (Derogatis, 1977), nos permite una evaluación general de síntomas psicopatológicos. Es un listado de comprobación de síntomas recogidos en 9 dimensiones con datos normativos españoles y propiedades psicométricas aceptables (González de Rivera, 1989). En cuanto a la fiabilidad, ha presentado una buena consistencia interna en todas las subescalas (oscilando la α de Cronbach de 0,78 a 0,90), así como una adecuada validez predictiva (Schmitz, 2000). También ha demostrado adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12 (Schmitz, 1999).

Descripción de la muestra

La muestra de nuestro estudio está conformada por un total de 53 sujetos, tomada a partir de los cuatro grupos de conflictos laborales realizados en los Centros de Salud Mental de Getafe y Parla, siendo homogénea en cuanto al número de sesiones, terapeuta y coterapeuta, así como haber completado la escala SCL-90-R en las condiciones de pre- y postratamiento.

Las variables seleccionadas se enumeran a continuación, reflejando entre paréntesis sus subcategorías: género (varón; mujer), edad, diagnóstico (según los criterios de la CIE-9), gremio (profesionales y técnicos; personal de servicios administrativos; comerciales y vendedores; hostelería, servicios y seguridad; industria, construcción y transporte; sanidad y, ocupaciones no especificadas), tipo de convivencia (soltero; con pareja; con padres, con hijos; otros), nivel educativo (sin estudios; primarios; secundarios, superiores, antecedentes personales psicológicos y/o psiquiátricos (sí; no), existencia de ILT (sí, no), tiempo de ILT (estimado en meses), situación tras finalización del grupo (alta y fin de tratamiento; alta y seguimiento; ILT) y por último, puntuación en la Escala SCL-90-R (pre- y postratamiento). Todos estos datos han sido procesados y analizados estadísticamente mediante el programa informático SPSS 13.0.

En lo referente al género, un 26,4% son varones (14) y un 73,6%, mujeres (39). La edad media es 38 años, con una desviación típica de 9,5 años. Los diagnósticos establecidos por el terapeuta de cada uno de los participantes, de acuerdo con la CIE-9 fueron: Trastornos neuróticos (300.0; 300.4); Trastornos de personalidad (301.5; 301.8); Trastornos adaptativos (309.0; 309.1; 309.2) y Trastornos afectivos (311), constituyendo 309.1 la categoría modal (34% del total), seguido de 309.2 (26,4%) y 309.0 (15,1%), por lo que se observa la preponderancia de los trastornos adaptativos, en sus diferentes manifestaciones sintomáticas.

Como categorías profesionales más prevalentes en este estudio, personal de servicios administrativos (39,6%), industria, construcción y transporte (24,5%) y hostelería, servicios y seguridad (20,8%). Un 69,8% de la muestra convivían con pareja y 22,6% con los padres. Respecto al nivel educativo, 62,3% poseían estudios secundarios y 26,4%, primarios. Dos tercios de la muestra no tenían antecedentes personales (66%) y 88,7% estaban en situación de incapacidad laboral transitoria al comenzar el grupo, entre los cuales, la media de meses era 4,6 ($s_x = 2,7$). Destacar un 81,1% en situación de alta a la conclusión del grupo, de los que 43,4% finalizaron también su tratamiento y 37,7% continuaron en seguimiento. En último lugar, la puntuación media en SCL-90-R pretratamiento fue 1,7 ($s_x = 0,7$) y postratamiento; 1,1 ($s_x = 0,6$).

Descripción de las sesiones

La intervención grupal está constituida por 10 sesiones parcialmente estructuradas. Como se observa en la tabla inferior, en cada una de ellas hay una tarea grupal principal que estructura la sesión pero, simultáneamente, en todas ellas se trata de promover dos procesos fundamentales en la intervención:

- *Validación*: empatizar, contener y validar las emociones, así como su comprensión en el contexto de una respuesta adaptativa a su situación personal.
- *Implicación*: situarlos ante la responsabilidad de sus actos (lo interpretativo queda en un segundo plano).

Tabla 1
Desarrollo de la terapia

SESIÓN 1	Presentación	Validación ↓ Implicación
SESIÓN 2	Emociones	
SESIÓN 3	Síntomas	
SESIÓN 4	Tratamiento sintomático e ILT	
SESIÓN 5	Identidad y sistema de creencias	
SESIÓN 6	Recursos personales	
SESIÓN 7	Estrategias de afrontamiento	
SESIÓN 8	Desetiquetar el <i>mobbing</i>	
SESIÓN 9	Prevención de recaídas	
SESIÓN 10	Crecimiento personal	

Sesión 1: Presentación

Se lleva a cabo la presentación del terapeuta y el coterapeuta, y se aplica la escala de evaluación de los síntomas psicopatológicos como medida pretrata-

miento. Se explican las reglas y las normas de funcionamiento, planteándose los objetivos del grupo:

- Facilitación del proceso de recuperación, elaborando e integrando el conflicto laboral en su narrativa personal, de tal manera que el discurso de los pacientes no se encuentre monopolizado por la problemática laboral.
- Explicación del formato de grupo: algunos aspectos del conflicto laboral son inenarrables e incomprensibles para personas que no lo han vivido. Por eso, el grupo puede facilitar el proceso de elaboración e integración.

Se dedica la mayor parte del tiempo de esta primera sesión a que los participantes del grupo se presenten y puedan exponer su situación personal, tratando de resaltar la importancia de centrarse en los hechos que les han llevado a demandar asistencia en el Centro de Salud Mental. El papel del terapeuta es dirigir la sesión, reconduciéndola en caso necesario, así como señalar, centrar, contener e invitar a los pacientes a hablar, respetando siempre los momentos en que quieran hacerlo. Muy habitualmente son necesarias señalizaciones frecuentes por parte de los terapeutas en cuanto a la conveniencia de dirigirse al grupo y no a los profesionales e incluso se requiere incrementar la directividad para permitir que todos los integrantes pudieran tener su espacio para compartir su experiencia en esta sesión.

Al finalizar la sesión se hace una recapitulación de la misma, señalando los puntos en común de los distintos relatos. Se insiste en la pérdida de control, injusticia e indefensión.

Sesión 2: Emoción

Los objetivos específicos de esta segunda sesión son compartir los pensamientos y sentimientos surgidos durante y después del conflicto laboral con el fin de integrarlos en el relato de la percepción de los hechos.

En primer lugar, se comienza preguntando acerca de cómo se han encontrado desde la última sesión. Entre las respuestas más frecuentes entre los pacientes destacan el alivio tras compartir con otras personas que han pasado por experiencias similares y el malestar al ser testigo del dolor ajeno.

Después se procede a la recapitulación de lo tratado en la sesión anterior y se les invita a que compartan con los demás qué pensaron y, especialmente, qué sintieron: confusión, tristeza, ira y enfado, miedo, culpa y desesperanza. Se trata de facilitar la experiencia emocional, insistiendo en la simbolización de la misma. Para ello se adopta un estilo no instruccional ni interpretativo: se trata de facilitar la exploración y apoyar la nueva información que emerge a través de la nueva experiencia (Greenberg y Paivio, 2000).

Sesión 3: Síntomas

Los objetivos específicos de esta tercera sesión son:

- Reconceptualizar los síntomas en términos de búsqueda de recuperación del equilibrio homeostático y, por tanto, como síntomas de recuperación.
- Uso de metáforas terapéuticas.
- Resignificación de los síntomas como respuestas normales ante situaciones anormales, como intentos del organismo por recuperarse, integrar lo ocurrido y salir adelante. Por ejemplo, el miedo se puede resignificar como una reacción de defensa ante un hecho amenazante o los síntomas intrusivos como intentos de dar sentido a la experiencia (Pérez-Sales, 2006).

Sesión 4: Tratamiento sintomático e incapacidad laboral transitoria

La tarea grupal gira en torno a desmontar ideas preconcebidas acerca del tratamiento farmacológico, promoviendo la asunción de un rol activo en el tratamiento de su problemática. Se trata de entender la baja laboral como un apoyo puntual en lugar de la solución al conflicto, para lo que se debe comprender el carácter transitorio de la incapacidad laboral y los peligros potenciales de mantenerla durante un periodo prolongado.

Sesión 5: Identidad y sistema de creencias

Llegados al ecuador del tratamiento grupal, el objetivo fundamental es redirigir el discurso centrado en el conflicto laboral hacia la comprensión de las características personales que contribuyen al mantenimiento del problema. En este sentido, se exploran los cambios que se han producido en otras áreas distintas a la laboral y se analiza cómo ha sido modificado el sistema de creencias del individuo (Janoff-Bulman, 1992).

Sesión 6: Recursos personales

El objetivo específico de esta sesión es la exploración de los recursos personales o capacidades con los que cuentan los participantes a través de la resolución de situaciones difíciles del pasado. Como ya han ido saliendo situaciones del pasado que les resultaron difíciles y que han relacionado espontáneamente con lo ocu-

rrido y sus consecuencias, se les anima a que se centren en esta sesión en dichas situaciones (otros conflictos laborales, fallecimientos de personas muy cercanas, situaciones de maltrato, divorcios y separaciones, enfermedades y accidentes).

Entre los recursos personales que mencionan al describir cómo afrontaron dichas situaciones destacan: el espíritu de lucha, la capacidad para tomar decisiones y llevarlas a efecto, la capacidad para pedir y ofrecer ayuda, la capacidad para hablar de las emociones dolorosas, la capacidad para entablar relaciones, la capacidad para aceptar situaciones que no pueden cambiar y que no dependen de ellos, y la capacidad para no buscar la lógica en algo que es intrínsecamente ilógico (Kegan, 2003).

Sesión 7: Estrategias de afrontamiento

Se parte de la recapitulación de los recursos personales descritos en la última sesión y se relacionan con los problemas actuales, analizando las principales estrategias de afrontamiento (Folkman, 1997) basadas en la resolución de problemas (confrontación y planificación) y en la autorregulación emocional (distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social).

Sesión 8: Desetiquetar el mobbing

El objetivo específico de esta octava sesión es facilitar la comprensión de los conflictos laborales como procesos que implican variables externas e internas. Para ello resulta imprescindible (Miguel y Sanz, 2005):

- Entender el proceso de *mobbing*.
- Asumir una posición activa en el afrontamiento de la problemática.
- Desmarcarse del rol de paciente que necesita ser curado, o del de víctima indefensa que carece de control.

Sesión 9: Prevención de recaídas

La tarea grupal se centra en anticipar potenciales dificultades futuras en el proceso de recuperación del equilibrio, entendiendo las recaídas como un paso más en el proceso de recuperación y anticipando posibles obstáculos futuros (Rollnick, 2003). En definitiva, se trata de promover la puesta en marcha de estrategias preventivas para evitar las recaídas en la medida de lo posible.

Sesión 10: Crecimiento personal

Para concluir la intervención grupal se dedica la última sesión a favorecer un enfoque positivo del conflicto laboral. Con este objetivo, se dedica la mayor parte de la sesión a la búsqueda de cambios positivos desencadenados por el problema laboral, tratando de asumir que la crisis puede convertirse en una auténtica oportunidad de transformación vital al permitir reordenar propiedades, cambiar roles, y acometer cambios en los planes de acción.

Como sugiere Tedeschi (1996), podemos agrupar las verbalizaciones de los pacientes acerca de la reconceptualización positiva del conflicto laboral en tres categorías:

- Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo: Sentirse más fuerte, sentirse más reafirmado en uno mismo, sentirse con más experiencia, sentirse con más capacidad de afrontar situaciones futuras, percibir más posibilidades de responder de una manera asertiva ante las dificultades, desarrollo de una autoimagen de fortaleza, y desarrollo de una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones.
- Cambios en las relaciones interpersonales: La familia se ha unido más alrededor del conflicto, el paciente se acerca más al resto de su familia al darse cuenta de la importancia que tienen, de qué frágiles son las cosas y con qué rapidez pueden perderse, el paciente puede abrirse más y compartir sentimientos cuando nunca antes lo habían hecho, aprender a aceptar ayuda de los demás, y aprender a utilizar el apoyo social.
- Cambios en la filosofía de vida: apreciar más lo que se tiene, se valoran más los detalles de la vida a partir de las amenazas vividas en el ámbito laboral, cambiar la escala de valores: priorizar otros valores tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las cosas, y redescubrimiento o refuerzo de su fe, lo que puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo, de la sensación de control y de sentido de la vida.

Finalmente, se aplica el retest de la escala de evaluación de síntomas psicopatológicos para evaluar los cambios en la sintomatología de los pacientes desde que empezó la intervención.

Resultados

El perfil de puntuaciones en el SCL-90-R manifiesta una disminución de la intensidad en todas las escalas de psicopatología después de la intervención grupal. La diferencia entre la puntuación total en las condiciones pre y postratamiento

to es significativa a nivel estadístico según la prueba t de diferencias de medias para dos muestras relacionadas ($t = 3$; $p < 0,01$). Asimismo, se llevó a cabo el análisis para cada una de las dimensiones establecidas por esta escala y resultó significativa la disminución de los síntomas en todas las dimensiones, excepto en *psicoticismo*. Como se aprecia en la tabla, las diferencias más importantes aparecieron en las dimensiones que evalúan *depresión*, *hostilidad* y *ansiedad*.

Tabla 2
Perfil de puntuaciones en el SCL-90-R antes y después de la intervención grupal

	Pre-		Post-	
	Media	D. T.	Media	D. T.
Somatización (0-4)*	2,21	0,79	1,60	0,78
Obsesivo-compulsiva (0-4)*	2,07	0,78	1,68	0,90
Susceptibilidad interpersonal (0-4)*	1,51	0,67	1,26	0,74
Depresión (0-4)**	2,20	0,67	1,60	0,83
Ansiedad (0-4)**	1,79	0,75	1,30	0,87
Hostilidad (0-4)**	1,66	0,99	1,04	0,76
Ansiedad fóbica (0-4)**	1,07	0,84	0,68	0,67
Ideación paranoide (0-4)**	1,95	0,82	1,56	0,76
Psicoticismo (0-4)	0,73	0,52	0,52	0,49
Índice de Severidad Global (0-4)*	1,45	0,56	0,94	0,54

Nivel de significación: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

En cuanto a las variables descriptivas seleccionadas, se aplicó una prueba de análisis de la varianza (ANOVA) para dos muestras relacionadas (medida pre- y post-), comparando las variables independientes *gremio* y a continuación, *situación tras finalizar el grupo*. En ambos casos, se pretende ver si influyen sobre la puntuación total pre y postratamiento en el SCL-90-R. No se hallaron diferencias significativas entre las diferentes categorías profesionales y la intensidad de los síntomas en ninguna de las dos condiciones. Quizás la relativa homogeneidad en las profesiones así como en otras variables sociodemográficas precisaría un tamaño muestral y una dispersión mayores para poder determinar posibles efectos en este sentido.

En lo referente a la situación al final de la intervención grupal, se observó que generaba diferencias significativas en la puntuación postratamiento de la escala ($F=4,8$; $p=0,02$) y al comparar por separado las tres categorías de la variable independiente (alta y fin de tratamiento, alta y seguimiento, ILT), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la última ($p=0,02$), lo que indica que pese a haber una disminución significativa de los síntomas en el postratamiento, ésta no es homogénea y difiere sobre todo entre las categorías que podríamos considerar más extremas, esto es, estar de alta laboral sin precisar seguimiento y continuar

de ILT. Con el fin de determinar si la puntuación pretratamiento también podría influir sobre la situación al final del grupo, realizamos un nuevo análisis de la varianza (ANOVA) y no se obtuvo significación estadística ($F = 1,67$; $p = 0,20$), por lo que la intensidad de los síntomas antes del grupo no se relacionaría con la situación de alta y si atendemos a las diferentes categorías de la variable independiente, son homogéneas, de manera que la sintomatología previa no nos sería útil para predecir cuál será la situación final del sujeto tras el grupo,

Considerando otras posibles variables que podrían ayudar a clarificar la mejoría de los participantes, agrupamos los diagnósticos en trastornos adaptativos (75,5%) y otros diagnósticos (24,5%) y observamos si influía sobre la situación al final del tratamiento, sin obtener significación estadística. Por otra parte, los antecedentes personales (34% sí; 66% no) tampoco tenían relación con la situación respecto al alta. Por último, se tomó en cuenta la asistencia al grupo y no correlacionó con esta variable dependiente, pero es preciso señalar que la asistencia media fue al 90% de las sesiones, sin una gran dispersión entre los participantes, funcionando entonces como una condición homogénea entre ellos.

Discusión

Dejando de lado las razones prácticas y de optimización de los recursos, hay algunos motivos que justifican la creación de un grupo específico de personas con problemática laboral o visto de otro modo, unas particularidades de esta población que hacen que puedan beneficiarse de este tipo de terapia.

Empezando por el tipo de población. Aunque se aceptan en el grupo personas con patología más severa que puedan beneficiarse de él, el diagnóstico mayoritario es el de trastorno adaptativo, en muchas ocasiones sin antecedentes previos. Esto hace que nos encontremos ante una población que a priori no tiene especiales dificultades de interacción, lo que facilita que puedan beneficiarse del grupo desde los primeros momentos (sin que resulte en general problemático que sea de corta duración). Igualmente, al no presentar en su mayoría otras patologías, es posible centrarse en la tarea de hablar del conflicto laboral y lo que ha supuesto para los participantes, y buscar unos objetivos específicos, ya que para trabajar las otras problemáticas se cuenta con un espacio individual.

Este encuadre específico y de tiempo limitado es relevante para algunos problemas concretos de esta población, como es la evitación. Es común en estos casos, la ansiedad asociada a lugares y personas relacionadas con el conflicto, lo cual llega a resultar muy limitante. El afrontamiento del problema a menudo requiere volver al puesto de trabajo, ya sea a quedarse o a negociar con los superiores, y las personas con esta problemática llegan a Salud Mental estando de baja, con el alivio que ésta supone, corriendo el riesgo de bloquearse en esa situación.

Asistir a un grupo donde se comparte explícitamente este miedo común a volver, y el papel que está teniendo en cronificar el problema permite la toma de conciencia de una manera que se vive como menos culpabilizadora que en el contexto individual, y por otro lado, el hecho de que la terapia tenga un tiempo limitado facilita que los participantes se fijen plazos para la toma de decisiones, utilizando el grupo para coger fuerzas con vistas al afrontamiento. En general un contexto de grupo facilita la adopción de la propia responsabilidad, ya que un señalamiento en este sentido por parte de otra persona en la misma situación se vive como mucho menos ofensivo que si viene del terapeuta.

Otro aspecto importante es el de la universalidad. Se trata de uno de los factores terapéuticos específicos de la psicoterapia de grupo, y tal y como la plantean Vinogradov y Yalom (1996), consiste en el alivio que se siente al darse cuenta de que la desdicha de uno es común a otras personas. Este factor tiene una relevancia específica para este tipo de problemáticas. El conflicto laboral muchas veces es entendido por los pacientes como un conflicto en lo personal, no como jefe y empleado, sino entre personas que estaban unidas por otros vínculos. Se vive, por tanto, como una «traición» de gente a la que se sentían unidos incluso en relaciones de toda una vida (jefes, compañeros, etc.), comprometiendo con ello mucho más su autoestima. Escuchar las narrativas de otras personas con problemas similares permite tener una perspectiva más amplia, en la que se tomen en cuenta los factores estructurales, de política de empresa, que muchas veces tienen que ver con el conflicto, haciendo posible una atribución más realista y menos personalizada de lo que sucede. Como sabemos por otras patologías, el daño que viene de otras personas es mucho más difícil de afrontar psicológicamente que las «catástrofes» impersonales.

Esta «traición» de la que hablamos rompe con frecuencia los esquemas de la «víctima» del acoso laboral. Aunque en muchas ocasiones los pacientes llegan a cuestionarse su valía como profesionales, también es muy frecuente que se defiendan a sí mismos como trabajadores incansables, que en otro tiempo fueron reconocidos por sus superiores y que han dado mucho por su empresa. Esto hace muy difícil de entender el cambio repentino de estatus en el que se encuentran, y les hace cuestionarse creencias básicas como la del mundo justo. Igualmente, antes de darse de baja, estas personas intentaron varias medidas para solucionar el conflicto, desde hablar directamente con el acosador, hasta dar cuenta de lo que ocurre a los superiores, pasando por cambiar la propia conducta esperando adaptarse a las nuevas e incomprensibles demandas del puesto. Todo ello sin conseguir ningún resultado, lo que coloca al paciente frente a su propia indefensión, y a su desconcierto. Este «no entender» es algo que también mencionan a menudo los pacientes. Uno de los objetivos de cualquier terapia es ayudar al paciente a buscar una explicación a lo que le está pasando, y este objetivo se ve multiplicado cuando son muchas personas desconcertadas las que intentan encontrar una explicación. Tal y

como señalaba Festinger (1954) al enunciar su Teoría de la Comparación Social, tenemos una tendencia natural a asociarnos a otros en las situaciones de ambigüedad. En el grupo, los pacientes se cuentan sus experiencias, opinan unos sobre la situación de los otros, reciben algunas nociones sobre temas relacionados con la emoción y construyen una narrativa común que explica lo que está pasando. Autores como Rappaport (1993) han investigado este fenómeno de la constitución de una narrativa grupal, y su importancia en términos de sentido.

El grupo también se utiliza para transmitir información, no sólo por parte de los terapeutas, sino entre los propios participantes. Escuchan las circunstancias de los otros y preguntan luego a sus abogados o en sus sindicatos, por ejemplo, qué podría hacer esta persona. Aunque este tipo de intercambio de información puede desviar la atención de la tarea grupal, tiene también un sentido terapéutico en términos de altruismo (otro de los factores terapéuticos grupales que plantean Vinogradov y Yalom), y es que en el grupo los pacientes tienen la oportunidad de salirse de su problemática y preocuparse por otras personas, sentirse útiles y escapar con ello del rol de víctima en el que a veces se encuentran inmersos.

Esta es sólo una de las experiencias que el grupo ofrece y que son incompatibles con la autoimagen que frecuentemente traen las personas con un conflicto laboral. Como decíamos antes, las circunstancias del conflicto pueden devolver a estas personas una imagen de sí mismos como indefensos o incompetentes. Las relaciones sociales, y también el contexto de grupo en cuanto a lo que supone de conocer gente nueva y sentirse aceptado devuelven a quienes participan de él una imagen distinta, más positiva, además de un apoyo que puede vivirse como más auténtico que el que proviene del terapeuta o de otras personas que no han pasado por una situación similar.

En ese sentido, el grupo ofrece la posibilidad de observar los avances de otros, pudiendo imitarles y constituyendo los otros pacientes unos modelos mucho más efectivos de lo que pueden llegar a ser los terapeutas, porque son modelos de afrontamiento (*coping*).

En resumen, sin pretender dar una imagen idealizada de lo que se consigue en un grupo (y considerando que no todos los grupos funcionan igual), sí podemos plantear que para esta población, este enfoque ofrece unas posibilidades que no se dan en la terapia individual y que multiplican los efectos del tratamiento.

Conclusiones

La creciente demanda de asistencia a pacientes con conflictos laborales desde los dispositivos de la red de salud pública plantea un reto ante la necesidad de ofrecer una atención de calidad al paciente sin que la presión asistencial se vea incre-

mentada desmesuradamente. Una posible solución ante este problema sería el abordaje grupal que, por sus propias características, proporciona elementos terapéuticos adicionales. A partir de la puesta en común de sus experiencias, los pacientes pueden adquirir una nueva visión más realista de su problemática que les permita adoptar una posición más activa. Muchos de los pacientes acuden al centro considerando que la única solución a su problema sería una vuelta atrás al estado previo al conflicto. En el grupo es posible reconstruir una narrativa de lo sucedido reduciendo los factores externalizados y aumentando la sensación de control que permita desarrollar su responsabilidad en el proceso. Al finalizar la intervención es posible el afrontamiento del alta laboral por un número considerable de pacientes. En base a una evaluación pre y post de la clínica de los pacientes a través de una escala multidimensional (SCL-90-R) se constata una mejoría significativa de la sintomatología presente al inicio del tratamiento, especialmente en las dimensiones que evalúan ansiedad, depresión y hostilidad (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2006).

Un formato grupal cerrado y con agenda permite dinamizar el proceso de cambio y adaptación hacia un abordaje más saludable de la problemática laboral. En ocasiones, pacientes diagnosticados de cuadros reactivos y con un pronóstico potencialmente favorable a corto o medio plazo tienden a quedar estancados en una posición pasiva y externalizadora, que puede llegar a ser favorecida por los dispositivos asistenciales. El plantear un abordaje limitado en el tiempo facilita que el mismo paciente se plantee plazos concretos para la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BARÓN, M.; MUNDUATE, L.; BLANCO, J., «La espiral del mobbing», *Papeles del psicólogo*, 2003, 84, pp. 71-82.
- (2) DEROGATIS, L., *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedure Manual*, Baltimore, Clinical Psychometric Research, 1977.
- (3) FESTINGER, L. A., «A Theory of Social Comparison Processes», *Human Relations*, 1954, 7, pp. 117-140.
- (4) FOLKMAN, S., «Positive Psychological States and Coping with Severe Stress», *Social Science and Medicine*, 1997, 45, pp. 1.207-1.221.
- (5) GARCÍA, J.; MARTÍNEZ B.; ALDA M.; GASCÓN, S., «El síndrome del falso mobbing: dificultades para su diagnóstico en atención primaria», *Atención primaria*, 2005, 35, p. 269.
- (6) GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., y otros, *The Spanish Version of the SCL-90-R. Normative Data in the General Population*, Towson, Clinical Psychometric Research, 1989.
- (7) GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; RODRÍGUEZ ABUÍN, M., «Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL-90-R», *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2006, 22 (3), pp. 397-412.
- (8) GREENBERG, L. S.; PAIVIO, S. C., *Trabajar con las emociones en psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 2000.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (9) HIRIGOYEN, M. F., *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*, Barcelona, Paidós, 1999.
- (10) JANOFF-BULMAN, R., *Shattered Assumptions. Toward a New Psychology of Trauma*, Nueva York, Free Press, 1992.
- (11) KEGAN, R., *Desbordados: cómo afrontar las exigencias psicológicas de la vida actual*, Bilbao, Desclée De Brower, 2003.
- (12) LEYMAN, H., «The Content and Development of Bullying at Work», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996, 5, pp. 165-84.
- (13) MIGUEL, T.; SANZ RODRÍGUEZ, L. J., *Mobbing. Gastroenterología y Hepatología Continuada*, 2005, 4 (3), pp. 147-152.
- (14) PÉREZ-SALES, P., *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia*, Bilbao, Desclée De Brower, 2006.
- (15) PIÑUEL, I., *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*, Santander, Sal Terrae, 2001.
- (16) PIÑUEL, I.; HIDALGO, A., «La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing», *Psicothema*, 2004, 16 (24), pp. 615-24.
- (17) PRIETO-ORZANCO, A., «Hostigamiento laboral (*mobbing*) y sus consecuencias para la salud», *Atención primaria*, 2005, 35, pp. 213-14.
- (18) RAPPAPORT, J., «Narrative Studies, Personal Stories, and Identity Transformation in the Mutual Help Context», *Journal of Applied Behavioral Science*, 1993, 29, pp. 239-256.
- (19) RENDUELES, G., «*Bossing, mobbing: ¿necesito psiquiatra o comité de empresa?*», *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, Invierno, 2005, pp. 17-26.
- (20) ROLLNICK, S., *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*, Barcelona, Paidós, 2003.
- (21) SCHMITZ, N., y otros, «The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German Validation Study», *Quality of Life Research*, 2000, 9, pp. 185-193.
- (22) SCHMITZ, N., y otros, «Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as Screening Instruments», *Social Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34, pp. 360-366.
- (23) SERRANO, F., «Estrés laboral, *mobbing* y salud mental», *Atención primaria y salud mental*, 2005, 8 (4), pp. 38-43.
- (24) TEDESCHI, R. G.; PARK, C. L.; CALHOUN, L. G., *Posttraumatic Growth: Positive Change in the Aftermath of Crisis*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 1996.
- (25) VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D., *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Barcelona, Paidós, 1996.

* Luis Javier Sanz Rodríguez, psicólogo clínico. Servicios de Salud Mental de Getafe y Parla (Madrid); M^a Teresa Almendro Marín, PIR. Hospital Universitario de Getafe (Madrid); María Gómez García De La Pedrosa, PIR. Hospital Universitario de Getafe (Madrid); Sara Díaz-Caneja Fernández, MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Correspondencia: Luis Javier Sanz Rodríguez. Servicios de Salud Mental de Parla. C/ Pablo Sorozabal, 4. Parla (28980) MADRID. ljsanz@cop.es

** Fecha de recepción: 14-V-2008 (aceptado el 20-V-2008).