

## 10. ¿Cómo evaluar la existencia del *mobbing* o de sus consecuencias?

Como se ha destacado al comienzo de esta monografía, los profesionales de **Atención Primaria** ocupan un **lugar privilegiado** para el **diagnóstico** de las conductas de *acoso psicológico en el trabajo*. El papel del Médico de Familia en estos casos será determinar la **existencia** o no de estas **conductas** y **fundamentalmente, valorar** las **consecuencias** de las mismas.

Para poder establecer si nos encontramos ante conductas que pudieran ser consideradas como *mobbing*, se prestará especial atención a la **entrevista clínica abierta**, en la que se centrará el interés en todo lo que se ha ido señalando a lo largo de esta monografía, y se pueden utilizar algunas herramientas estructuradas, como el **LIPT (Anexo 1)**, el modificado por González de Rivera (**Anexo 1**), el **LIPT-60**, la relación de conductas de Zapf, Knorz y Kulla (**tabla 4**), o el Barómetro Cisneros, que se reproduce parcialmente en el **Anexo 4**. Otras herramientas que se pueden emplear son test proyectivos<sup>3</sup> (Rorschach, TAT, test del árbol de Koch, etc.), escalas de ansiedad y depresión (Zung, Hamilton, Beck, etc.), test de salud general de Goldberg, con sus subescalas de síntomas somáticos de origen psíquico, angustia-ansiedad, disfunción social y depresión y otros.

En el LIPT se recogen muchas conductas de posible *acoso psicológico laboral*. Este cuestionario puede utilizarse de dos maneras:

- Autoadministrado, por autorrespuesta. Consiste en pedir al sujeto afectado que responda directamente a las preguntas, bien de manera afirmativa o negativa, o con un criterio graduado desde cero (cuando no ocurre la conducta), uno (conducta mínima o dudosa), dos (conducta segura y molesta) y cuatro (máxima intensidad de la conducta de *mobbing*).
- Heteroadministrado. En el que un observador externo identifica y valora la repercusión que las distintas conductas han producido en el individuo.

En la evaluación de las consecuencias del *mobbing* se debe determinar si el paciente cumple o no los criterios diagnósticos del cuadro clínico sospechado (**tablas 7, 8 y 9**), para lo que será útil la utilización de los algoritmos diagnósticos habituales (**Anexos 2 y 3**).

<sup>3</sup> No obstante, la aplicación de estos test exige una formación altamente especializada que exigirá en la mayor parte de los casos la derivación a los Equipos de Salud Mental.

En cualquier caso dada la importancia que este problema está teniendo y las relevantes consecuencias no sólo sanitarias, sino también de orden social general que tiene este problema, sin duda **el papel del profesional de Atención Primaria va a ser clave, especialmente en el diagnóstico correcto del mobbing, y de sus efectos.**

La primera fase en la actuación del médico de Atención Primaria es el diagnóstico. En principio y como se ha indicado, la historia clínica tradicional, apoyada por escalas específicas, que pueden servir como tales, o como **guión** de una entrevista semiestructurada, tiene que permitir diferenciar entre el *mobbing* y otros problemas asociados al trabajo, que van desde el *rentista* que quiere obtener ventajas sociales, hasta la persona con *baja capacidad para la frustración* o la existencia de cualquier contrariedad, del que busca no trabajar o trabajar cómodamente, etc., que en muchos casos pueden constituir *parásitos sociales* que hacen cargar en toda la comunidad su falta de capacidad o sacrificio, o la falta de asunción de sus propias limitaciones. Es importante en este punto poder discriminar adecuadamente estos cuadros para evitar en lo posible la aparición de los *parásitos del estado del bienestar*, los que buscan el beneficio del sistema, o los que no están dispuestos a trabajar, o consideran que merecen más, aunque no lo hayan mostrado nunca. Sin embargo, un caso de *mobbing* real requiere de una atención especial, que deberá alcanzar no sólo el tratamiento e intervención en las consecuencias del *mobbing*, sino también el asesoramiento y apoyo para las medidas legales que procedan.

En cuanto a la **intervención en las consecuencias**, ésta requiere un abordaje múltiple, por lo que precisará la participación de casi todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria, la Red de Salud Mental y la imprescindible coordinación entre todos ellos:

- Habitualmente será necesario emplear **ansiolíticos y antidepresivos** (preferentemente de fácil manejo y de última generación con el objetivo de tener un adecuado perfil de efectos secundarios). En ocasiones, será preciso y durante unos días la prescripción de un hipnótico que facilite el descanso de la persona, que puede llevar meses sin dormir bien.
- Asimismo, se complementará esta intervención con otra dirigida a mejorar el análisis de la situación y mejora del afrontamiento de las dificultades y obstáculos con que se encuentra el paciente (**intervención cognitivo-conductual básica**), de modo que se limiten las consecuencias el máximo posible.

- También deberán explorarse las posibles **consecuencias familiares**, e incluso, en ocasiones, tratar de dirigir al paciente hacia una **intervención familiar**.

Sin duda, todo ello exige un **trabajo multi e interdisciplinar**, que implica la **participación de distintos profesionales**, de muy diversas áreas, pero con **objetivos comunes**, y con **canales de comunicación ágiles y eficaces**. De manera que la **coordinación** entre todos los profesionales, y sobre todo con el **Equipo de Salud Mental**, no sea únicamente la emisión de un volante. El **conocimiento que habitualmente tienen los profesionales de Atención Primaria sobre el paciente y su entorno**, debe ser **clave para el correcto enfoque de la situación**, tanto **diagnóstica como terapéuticamente**.

Igualmente, puede percibir el grado de colaboración y conciencia del problema del paciente. A veces, y ante la duda diagnóstica, puede ser indicado iniciar la intervención como si se tratase de un *mobbing*, pero podría ocurrir que la evolución descartara el diagnóstico. Esto es así cuando el paciente deja de acudir a alguna cita, o bien no cumple adecuadamente con lo que se le dice, o se niega a alguna de las intervenciones, o cambia de estado de ánimo con relativa facilidad, o asocia la petición de bajas y altas a un determinado período, o se resiste ante propuestas de cambio de trabajo u ocupación dentro de la empresa para evitar este problema, etc. Ante una situación de este tipo, los profesionales de Atención Primaria deberían **replantearse el diagnóstico** y el plan de intervención, y solicitar la colaboración de otros niveles asistenciales, como el Equipo de Salud Mental, la Inspección Médica (en caso de estar el paciente en situación de incapacidad temporal), etc.

En consecuencia, en estos casos y en otros relacionados con el *estrés laboral* o problemas psíquicos asociados al trabajo, la **coordinación** entre **Atención Primaria** y la **Red de Salud Mental** constituyen un **elemento clave** para el **diagnóstico diferencial**, y la correcta y rápida intervención. De ahí que ante los sucesivos intentos de mejorar el absentismo laboral desde la atención sanitaria, consideramos de importancia el que los elementos a potenciar y primar deberán ser las interconsultas y la coordinación entre Atención Primaria y la Red de Salud Mental.