

La patologización del acosado laboral

The patologization of the harrassed worker

Jorge Román Hernández¹

RESUMEN

El acoso laboral ha estimulado numerosas investigaciones en el campo de la salud ocupacional. Un objetivo frecuente es la identificación de conductas manifiestas de violencia psicológica como recurso para diagnosticar el acoso, un complejo proceso sociopsicológico y subjetivo que tiene lugar en contextos organizacionales y que está vinculado de diversos modos con la salud mental. La exposición sistemática al mismo es causa de trastornos mentales. En su quinta edición, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales patologizó conductas que antes eran consideradas normales. La sobrepatologización ocurre cuando se subestiman los recursos naturales de las personas para recuperarse de conflictos y perturbaciones leves, lo que aumenta la probabilidad de que personas normales sean consideradas mentalmente enfermas. En el acoso laboral, el especialista en salud mental enfrenta una paradoja: en lugar de beneficiar a su paciente, puede contribuir a empeorar su situación. A primera vista, la patologización, e incluso la sobrepatologización, siempre tiene un papel protector al reducir o evitar la exposición de la víctima a la violencia proveniente de otras personas. En realidad, un objetivo del proceso de acoso pudiera resultar apoyado. La víctima deviene paciente de salud mental “certificado” y rotulado, y adicionalmente es separado del trabajo, al menos temporalmente, lo que es un propósito común de la agresión. Los especialistas debieran estar conscientes de esta paradoja y evitar colocarse en el lugar equivocado. Más que patologizar al trabajador acosado, las consecuencias para la salud mental del acoso psicológico laboral debieran ser patologizadas como una enfermedad profesional, tal como ha recomendado la Organización Internacional del Trabajo.

Palabras clave: Acoso laboral; Patologización; Sobrepatologización; Violencia psicológica; Salud mental laboral.

ABSTRACT

Work harassment has stimulated numerous studies in Occupational Health. The aim of many such studies is to identify manifest behaviors of psychological violence as a resource to elaborate instruments for its diagnosis. Work harassment is a complex socio-psychological and subjective process that takes place in organizational contexts, linked in various ways to mental health. Systematic exposure to psychological violence tends to lead to mental health conditions. In its fifth edition, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-V) widened diagnostic entities, designating as pathological some behavior patterns previously considered as relatively normal. Overpathologizing occurs when natural resources of people to recover from light conflicts and disturbances are underestimated. This tendency augments the probability of labeling normal persons as mentally ill. In work harassment cases, mental health professionals face a paradox. Instead of improving their patients' welfare they could inadvertently contribute to worsen their situation. At a first glance, pathologizing, even overpathologizing, is expected to play a protective function reducing or avoiding exposure of the victim to violence from others. However a harassment process could result indirectly supported. The victim becomes a “certified” mental health patient and is labeled as such which, in turn, isolates him/her from his work, at least temporarily, which might even be a frequent purpose of the aggressor. Mental health specialists should be aware of this paradox, and avoid placing him/herself in the wrong position. More than pathologizing the harassed worker, harassment should be pathologized as a professional disease, according to the recommendation by the International Labor Office.

Key words: Harassment at work; Patologization; Overpatologization; Psychological violence; Occupational mental health.

¹ Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, Calzada de Bejucal Km 7.5, Arroyo Naranjo, 10900 La Habana, Cuba, tel. (537)642-22-11, correo electrónico: roman@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 10 de noviembre de 2016 y aceptado el 27 de febrero de 2017.

INTRODUCCIÓN

Las acciones violentas han acompañado siempre a la humanidad. Si se descartan las ocasiones en que se legitima su empleo como último recurso para evitar daños materiales o morales o defender valores sociales, la violencia es siempre condenada. Sin embargo, en la vida cotidiana se coexiste con manifestaciones de violencia física, pero también con las formas de la llamada violencia psicológica, muchas veces más sutiles.

El trabajo, como afirma Amable (2013), “es el gran organizador de la vida”, y ese papel lo desempeña para el crecimiento y beneficio del hombre; por el contrario, el trabajo puede ser causa de malestar y sufrimiento (Askenazy, 2009). Dado el tema que se aborda en las páginas que siguen, el énfasis se pone en lo segundo.

Cuando el trabajo se vuelve un factor de alienación y de insatisfacción de necesidades significativas para las personas y no una fuente de autorrealización; cuando es más un factor de sobrevivencia que de enriquecimiento y disfrute; cuando la organización del trabajo se enfoca más en los factores de productividad que en las necesidades y posibilidades humanas, se generan condiciones propicias para que surjan alteraciones en la salud mental y en la conducta, entre las cuales se hallan el acoso psicológico y sus secuelas (Efrom, Bigliani, Berman y De García, 2013; Garaño, 2013).

A inicios de los años 90, Leymann (1990) formuló varias formas de manifestación de la conducta para agrupar los comportamientos de violencia psicológica que, al aplicarse reiteradamente, constituyen el acoso, que él denominó “terror psicológico”. Consideró como sus principales manifestaciones las acciones dirigidas a limitar la expresión y los contactos sociales, desacreditar la reputación personal y la profesional, y afectar la salud física o psíquica de las víctimas. Dicho autor, psiquiatra de profesión, estableció ciertos requisitos para calificar la existencia de acoso psicológico —aunque es discutible que los mismos deban cumplirse de manera imprescindible—; entre ellos, la existencia de conductas psicológicamente agresivas que se repitan al menos una vez a la semana y durante un plazo de seis meses, que con esas conductas se pretenda hacer salir al acosado de la organización laboral, y que deben ser verificadas

por testigos, es decir, constituir hechos externamente observables y no solo sensaciones (Pando y Ezqueda, 2007).

Hoy en día tales criterios se adoptan con cierto relativismo, particularmente los de frecuencia, duración e intención. En determinados contextos, la significación del contenido o la fuente de la agresión psicológica pueden ser para la víctima de tal magnitud que su efecto puede ser más devastador que el de otras conductas agresivas de mayor sistematicidad y antigüedad, pero de menor importancia para el afectado.

Se advierte que el acoso psicológico, como toda expresión de violencia, posee un contenido moral, lo que ha sido destacado por Hirigoyen (1999), que fue quien precisamente lo denominó “acoso moral”.

El acoso moral en el trabajo, o más simplemente el acoso laboral (cf. López y Carrión, 2009), es un proceso sociopsicológico que ciertamente involucra a más personas que la díada acosador-acosado, aun cuando estos papeles los desempeñe más de una persona. Tal proceso se instala en una organización laboral o en parte de ella, y las demás personas lo conocen y adoptan actitudes diversas sobre el mismo. Son testigos del proceso, y sus actitudes y conductas ante el acoso las involucra aun cuando se abstengan de reaccionar activamente.

Con no poca frecuencia, los hechos trascienden los límites de la institución laboral, y es entonces cuando se reclaman los servicios de los especialistas en salud mental. Si estos desconocen el problema y se limitan a atender a la persona acosada enfocándola como un caso clínico más que muestra síntomas molestos que deben revertir, puede ser que, desapercibidos de la complejidad del proceso, involuntaria y hasta inconscientemente, su proceder los coloque de un modo paradójico del lado contrario al de la protección de su paciente. Así, las reflexiones contenidas en el presente trabajo van precisamente en la dirección de advertir acerca de esa paradoja.

Los vínculos entre la salud mental y el acoso psicológico laboral

Las relaciones entre el acoso laboral y la salud operan en distintos momentos, en diversas circunstancias y con diferentes objetivos.

A) La salud mental como medio del acoso laboral.

Uno de los modos de ejercer la violencia psicológica continuada sobre la víctima es perjudicar su salud mental. El acosador puede valerse de diversas estrategias para ello, como por ejemplo plantear a la víctima demandas que la misma no está en condiciones de cumplir. De hecho, las restantes estrategias propuestas por Leymann (1990) lesionan el equilibrio psíquico de la persona. Así, por ejemplo, las acciones que rebajan el prestigio personal o profesional o que limitan la comunicación y el trato con los demás afectan el equilibrio emocional, cuanto más si se llevan a cabo reiteradamente.

Dado que la víctima es vulnerable en algún grado a esas prácticas, es usual que sus efectos se hagan visibles de algún modo a los demás. En estos casos, es frecuente que el acosador o los testigos activos indiquen a la víctima que debe ver a un especialista o que no se le ve bien física o emocionalmente. El acosador puede entonces apoyarse en estos juicios para agredir a la víctima. Si es un superior, puede que tenga la potestad para solicitar un peritaje médico inclusive, lo que puede constituir una medida previa a su salida de la organización laboral.

B) La interacción victimario-víctima.

El acoso laboral es posible cuando el contexto organizacional lo permite. Los conflictos que de modo natural surgen en toda empresa humana pueden ser objeto de un inadecuado manejo. Los conflictos de roles, las responsabilidades mal definidas, la pobre organización de las tareas o el liderazgo mal ejercido crean las condiciones para que unas personas pretendan lograr ciertos propósitos por la vía de hostigar a otras.

La idea de identificar algunos elementos que propician el proceso mediante ciertas características psicológicas del acosador y de la víctima ha sido objeto de la atención de no pocos especialistas en el tema. Estos supuestos acarrearán el peligro de llegar a conclusiones maniqueas en favor de un victimario perverso en grado sumo y en desfavor de una indefensa víctima. Más aún, hacer depender la explicación del acoso de las particularidades personales del acosador y del acosado oculta las circunstancias organizacionales que están en sus raíces y aleja la exploración psicopatológica de las condiciones de trabajo, lo cual no debe perder de

vista el profesional de la salud mental (Dejours y Gernet, 2014).

También con cierto tono especulativo se ha generalizado la idea de que el acosado suele ser una persona de carácter débil e inestable, y además portador de trastornos en su salud mental previos a su comprometida situación laboral.

Si bien es cierto que no faltan casos que se ajustan a dicho esquema, en realidad no necesariamente es así. El victimario actúa a veces contra otro no por una perversidad constitucional sino reactivamente; por ejemplo, el temor a la persona que victimiza o para expulsar de la organización a quien se ha vuelto molesta para sus superiores. Al respecto, Dejours (2006) ha denominado “sufrimiento ético” al que experimenta quien causa un mal a otro debido a su trabajo, daño y sufrimiento que repudia haber infligido. Nada de ello lo justifica moralmente, pero debe notarse que la dinámica de sus motivaciones puede ser muy diversa.

En cuanto a las suposiciones de que debe haber antecedentes de desequilibrio psicológico en la persona acosada o que tenga un carácter débil, Hírigoyen (1999) ha afirmado sobre las víctimas lo siguiente: “No son personas afectadas de alguna patología o particularmente débiles. Al contrario, el acoso empieza cuando la víctima reacciona contra el autoritarismo de un superior y no se deja avasallar. Su capacidad de resistir a la autoridad a pesar de las presiones es lo que la señala como blanco”.

Queda por explicar por qué el acosador, entre muchas posibles opciones, escoge a una víctima dada. Obviamente, en muchas ocasiones la víctima no puede ser sino una persona específica, como por ejemplo aquella cuyo cargo se desea. En ese caso, la elección no depende de las características de su individualidad. Sin embargo, no es menos cierto que en el caso de que la víctima no se ajuste a ciertas peculiaridades personales, probablemente el victimario elegirá medios de acoso diferentes.

En relación con la elección de la víctima, Piñuel (2001) ha expresado lo siguiente: “Los acosadores seleccionan casi siempre un mismo perfil o tipo de personas: aquellas cuyo modo de vivir, alegría, felicidad, situación familiar, capacidades, talentos, carisma [u] orientación ética despiertan en ellos, debido a sus profundos sentimientos de

inadecuación (complejo de inferioridad), insoportables celos y envidia personal [o] profesional”.

Tipificar entraña siempre una generalización que resulta riesgosa para explicar la compleja trama de este proceso psicosocial, particularmente cuando ocurre en los escenarios organizacionales, lo que no obsta para que el especialista en salud mental dirija también su atención y su mirada clínica a las particularidades de la personalidad del acosado y, en lo posible, del acosador.

C) El enfrentamiento del acoso.

Son concebibles al menos tres modos de enfrentar el acoso laboral por parte de la persona acosada: el sometimiento, la evasión y la oposición.

En el sometimiento, el acosado es blanco pasivo de las acciones violentas. Esta decisión puede explicarse por innumerables razones de orden circunstancial o personalógicas. Entre las circunstanciales pueden estar el temor a perder un buen empleo, el no percatarse de que se está siendo agredido, el considerar mayores los inconvenientes de adoptar otra actitud, o el no sentir efecto alguno a causa de la violencia psicológica, entre otras muchas. Las personalógicas aluden a una pasividad característica propia del individuo en cuestión, baja autoestima o inseguridad general.

La evasión parece a primera vista una conducta pasiva, y ciertamente lo es en alguna medida, pues la víctima admite que el victimario logre ciertos propósitos, como hacer que abandone la organización laboral. Sin embargo, evadir el acoso supone el propósito de mantenerse fuera del alcance del acosador y salir del proceso lesivo con el menor costo emocional y práctico posible. Diversas razones pueden explicar esa decisión, entre las cuales se encuentran ciertas valoraciones circunstanciales, como evitar un mayor desgaste, frustrar el sadismo del acosador, desvalorizar la organización laboral o evitar perder tiempo y esfuerzos en el desarrollo profesional, entre muchas otras. De la misma manera, el origen de tal modo de enfrentar el acoso puede también residir en las particularidades personalógicas como las apuntadas antes, a las que pudiera añadirse un cierto cinismo que inmuniza al sujeto de las valoraciones ajenas al no concederles ninguna importancia.

La oposición, a su vez, es un comportamiento eminentemente activo que se caracteriza por la decisión de impedir los propósitos del acosador

y, si es posible, revertir el proceso de un modo tal que éste quede evidenciado, se vea obstaculizado y resulte a la vez moralmente sancionado. No obstante, es una estrategia costosa desde el punto de vista subjetivo. Por decidida que sea la persona acosada, la elección de oponerse es siempre una fuente de desequilibrios que con frecuencia se manifiestan en síntomas psicopatológicos.

Ausfelder (2002) precisa el comienzo del proceso de acoso, y hace depender su existencia de la actitud y la conducta de la víctima. Expresa categóricamente que “solo podrá hablarse de acoso, de terror psicológico en el trabajo, cuando la persona señalada asuma el papel de víctima. Si lo rechaza, el ataque no prosperará” (p. 17). Bajo semejante concepto, la pretendida víctima, aun reconociéndose blanco de las acciones repetidas de violencia, desmantelará supuestamente el proceso si reacciona oponiéndose a sus victimarios. En realidad, sin embargo, no parece que en la práctica se logren detener las acciones de violencia psicológica si el acosador se siente protegido por una posición de poder; es más probable que la oposición del acosado aumente la intensidad o la nocividad de la conducta violenta. La estrategia de oposición revela, pues, un comportamiento más activo y decidido por parte del acosado, y no debe excluirse del análisis cabal del proceso.

Por principio, la decisión de la estrategia de afrontamiento depende del individuo acosado. El papel a desempeñar por el especialista en salud mental debe quedar al margen de la misma. Es decir, debe facilitar el proceso de analizar los inconvenientes y ventajas de las alternativas de su conducta, sopesando no solamente las circunstancias objetivas, sino además las que son propias de la subjetividad de la víctima. Ante la manifestación de alteraciones del equilibrio psíquico, que suelen ser el motivo inicial de consulta, y dependiendo de su severidad y de los recursos de la persona para remitirlos por sí mismo, se decidirá la atención clínica más adecuada, previa la presunción diagnóstica que perfila el especialista progresivamente, aun cuando no la haga explícita de modo inmediato.

D) Las consecuencias del acoso laboral.

El acoso laboral es un proceso insidioso, de alto costo emocional, que afecta tanto la salud física como mental. La hipertensión arterial, los acciden-

tes vasculares encefálicos, las lesiones de miembros y otros problemas de salud han sido frecuentemente vinculados a la exposición a situaciones de acoso.

Desde el punto de vista subjetivo, los perjuicios para la salud son muy diversos en gravedad y pronóstico, y van desde estrés, formas leves y moderadas de ansiedad y depresión, trastornos del sueño y hasta suicidio. Otras formas de sufrimiento y malestar se asocian con el funcionamiento desajustado de la personalidad, que se apoya en formaciones psicológicas complejas, como las jerarquías de necesidades, los fines y expectativas o la autoestima, que se ven afectados por la continua exposición a la violencia psicológica, que los desarticula, impide o simplemente amenaza.

La salud mental de la víctima es el blanco fundamental hacia el que se dirigen las acciones del acosador. Resulta muy difícil que incluso las personas acosadas con un carácterístico y fuerte no experimenten modificaciones en su estado de ánimo, emociones o control de su comportamiento en algún momento o etapa de ese proceso. Puede afirmarse categóricamente que el acoso laboral tiene un impacto invariable en la estabilidad emocional y en el nivel de funcionamiento general de la persona. De ahí que sea una razón para que en un primer momento la víctima solicite la atención de un especialista en salud mental.

Si la solicitud de atención profesional y los intercambios con el especialista rebasan la comunicación y la atención de los síntomas de la persona acosada, y se aborda la situación conflictiva que supuestamente los genera, dicho especialista se convierte en un testigo calificado del proceso de acoso laboral; más aún, en virtud de que quien suele solicitar la ayuda es la víctima (o para la víctima), queda situado del lado de la persona afectada por el morboso proceso organizacional. Su tarea será obviamente paliar las consecuencias negativas que el acoso ha tenido sobre la víctima.

Limitaciones y dilemas del especialista en la atención del acosado laboral

A partir de que inicia la atención del paciente, aparecen ante el especialista en salud mental ciertas limitaciones y al menos tres importantes dilemas. Las primeras —esto es, las limitaciones— se rela-

cionan con el reconocimiento médico legal del trastorno mental en calidad de enfermedad profesional. Los dilemas a su vez se refieren al diagnóstico clínico.

Limitaciones derivadas de la calificación del origen.

Reconocer el origen laboral del acoso en el trabajo y sus consecuencias puede ser una responsabilidad del profesional. Sin embargo, en virtud de algunas circunstancias que se exponen más adelante, esa contradicción se ha disuelto por la falta de consenso internacional sobre el reconocimiento del acoso. Ese recurso de protección no está a disposición del facultativo.

A primera vista, pareciera que el reconocimiento del origen profesional de los síntomas de alteración de la salud que manifiesta una persona ante una situación laboral tan comprometida y angustiada como el acoso laboral no debiera ser objeto de grandes tribulaciones y dudas. Requeriría, en primer lugar, el juicio clínico de un especialista que juzgue como válidos los síntomas que se declaran; en segundo lugar, una indagación acerca de los antecedentes de salud del paciente que demuestre que los síntomas son posteriores al inicio del proceso psicosocial lesivo; en tercer término, la determinación de la real existencia de conflictos laborales y evidencias de conductas de acoso. Estas últimas no necesariamente requieren de una confesión del victimario, pues con no poca frecuencia las acciones son anónimas, por lo que se puede apelar a las declaraciones de testigos.

La reticencia de algunos países miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de aceptar incluir los síndromes psiquiátricos psicosomáticos provocados por el acoso laboral en la actualmente vigente Lista de Enfermedades Profesionales (OIT, 2010) está llevando a ignorar un creciente problema de salud que repercute en las organizaciones laborales, en las familias y en la sociedad.

La exposición al acoso psicológico tiene consecuencias diversas sobre la salud mental de la persona que es objeto de las acciones de violencia continuada. Las personas difieren en su vulnerabilidad a las presiones externas y reaccionan a ellas de diversos modos. Tal diversidad se manifiesta también en la constelación e intensidad de los síntomas en que se traduce su sufrimiento. De ahí que

su integración en un síndrome único y similar en todas las personas no sea un hecho real, resultando más adecuado hablar de “síndromes”, en plural.

Justamente así estableció su posición la OIT al comenzar el laborioso trabajo que precedió a la publicación en 2010 de la citada lista de enfermedades profesionales. Se propuso entonces incluir un acápite dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento, en el cual se estableció que una relación de enfermedades del trabajo que no considerara la salud mental sería una lista incompleta. El acápite de los trastornos mentales y de la conducta fue incluido en el documento con el numeral 4.2.

La propuesta inicial sobre la que trabajaron los expertos internacionales incluyó inicialmente dos entidades: el trastorno por estrés postraumático y los síndromes psiquiátricos psicosomáticos causados por el acoso moral. En el documento definitivo, el acápite en cuestión fue aceptado, pero con la exclusión de lo relativo al acoso laboral.

Solamente tres países iberoamericanos (Colombia, Ecuador y Venezuela) poseen una legislación que permite calificar el origen profesional de los síndromes psiquiátricos resultantes del acoso laboral (cf. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2012).

Como consecuencia de esa determinación final de la OIT, prácticamente se esfumó la posibilidad de disponer de un diagnóstico propio de las alteraciones de la salud mental cuyo reconocido origen laboral protegiera al afectado de la responsabilidad por su malestar al situarla en el trabajo mismo.

Ahora, si se persistiera en lograr la calificación del acoso como enfermedad profesional, solamente se podría acoger en todo caso a un “punto abierto” del mencionado numeral 4.2. Este es un subacápite abierto que permite calificar el origen profesional de un trastorno mental siempre que se demuestre con las correspondientes evidencias que el trastorno ha sido causado únicamente por las condiciones de trabajo. El aporte de los elementos probatorios queda a cargo del trabajador. Es, en consecuencia, una opción difícil de lograr.

De este modo, al profesional clínico le resta como única alternativa interpretar e integrar los síntomas a partir de los cuadros clínicos de origen común contenidos en los manuales de clasificación.

Dilemas del diagnóstico clínico.

En el prefacio de una obra publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988 intitulada *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*, Kalimo, El-Batawi y Cooper, sus editores científicos, escriben: “Hasta ahora, los responsables de la higiene del trabajo poco se han interesado por determinar los factores psicosociales presentes en el trabajo mismo que pueden tener efectos negativos en la salud, ni por luchar contra esos factores. Los problemas de salud mental de los trabajadores han seguido considerándose desde el punto de vista de los clásicos cuadros clínicos definidos por la psiquiatría, que se remiten para su tratamiento y rehabilitación” (p. 3).

Respecto al acoso laboral al menos, esa situación permanece sin mayores variaciones. Paciente y especialista no tienen más recurso que remitirse a los “clásicos cuadros clínicos”, con el inconveniente adicional de que estos no contienen la mayor parte de los síndromes que se han descrito en los marcos de la salud mental ocupacional. Cuadros tales como el estrés laboral en sus diversas interpretaciones teóricas, el *burnout* y las propias secuelas del acoso psicológico están ausentes en los manuales de diagnóstico.

Este es un primer dilema que enfrenta el especialista. Si decide emitir un diagnóstico, tendrá que hacer una transfiguración de la información del paciente y asimilarla a las entidades reconocidas por los manuales de clasificación de enfermedades.

Un segundo dilema tiene que ver con las consecuencias para el acosado de un diagnóstico positivo de alteración de la salud mental, cualquiera que sea este. Si al acosado se le diagnostica positivamente un trastorno mental, por circunstancial y leve que sea, se le está protegiendo. Puede aun recurrirse al amparo adicional de que se le aleje temporalmente de la organización laboral como medida facultativa, con pleno respaldo legal. La emisión del diagnóstico crea así condiciones protectoras para el paciente; pero al mismo tiempo lo identifica como portador de una alteración mental. Con ello se le ofrece tácitamente un elemento cuya intencionada distorsión puede ser empleada en favor de su aislamiento, estigmatización e incluso expulsión de la organización laboral, con lo cual resultará favorecido el acosador. La decisión

diagnóstica de un trastorno no circunstancial, no reactivo, como un trastorno de la personalidad o una psicosis, potencia la situación descrita en contra de la víctima. Sin pretenderlo, el especialista se ha colocado, al menos parcialmente, del lado equivocado.

Ahora bien, si se inhibiera de emitir un diagnóstico positivo teniendo argumentos para ello, pudiera estar faltando a un deber profesional y ético. A la vez, estaría minimizando la significación de las consecuencias del acoso laboral causante del malestar y el sufrimiento de su paciente. La emisión del diagnóstico clínico, para ser realmente útil y válido, no puede descontextualizarse de la situación vital del paciente y del proceso organizacional que le afecta directamente.

Un tercer dilema lo constituye el diagnóstico clínico en relación con la comprensión del proceso organizacional. Diversas razones propician que el especialista se oriente más hacia un diagnóstico y tratamiento clínico de los síntomas que hacia la comprensión psicodinámica del proceso organizacional del acoso moral y de la orientación del acosado. Estas circunstancias pueden conducir a falsas apreciaciones diagnósticas:

- Es frecuente que el acosado acuda con un motivo de consulta caracterizado por síntomas, lo cual favorece que el especialista se centre en ellos más que en la dinámica que los ha provocado.
- La natural orientación del especialista hacia la progresiva estructuración cognitiva de un diagnóstico, la que transcurre naturalmente en su interrelación con el paciente (Freedman, Kaplan y Sadock, 1982).
- La falta de suficiente cultura de los trabajadores acerca de los problemas de salud mental relacionados con el trabajo, particularmente los psicosociales, entre los cuales se halla el acoso laboral.
- El hecho de que los especialistas en salud mental —especialmente quienes se dedican fundamentalmente a la labor clínica— no suelen manejar suficiente información en cuestiones de salud ocupacional, incluido el acoso laboral.
- La personalidad del acosado, particularmente cuando adopta una postura de oposición, puede interpretarse como una falta de recursos de adaptación propia de una personalidad neurótica, o psicótica inclusive.

- La intensidad de la expresión de síntomas de depresión o agitación y la sensibilidad paranoide aumentada a consecuencia de las conductas de acoso tienden a inclinar al profesional a pensar en una mayor gravedad del cuadro.

El diagnóstico tiene implicaciones que superan sus atributos de validez técnica en razón de sus posibles implicaciones para la evolución de la persona que es atendida a causa de la exposición al acoso laboral. El diagnóstico, además de técnicamente correcto, debe evitar convertir a una persona normal sometida a presiones externas en un enfermo mental.

Patologización y sobrep patologización de la salud mental

Hace casi 150 años, en 1869, el neurólogo estadounidense George Miller Beard propuso el concepto de “neurastenia” para referirse a un estado físico y mental de debilidad, fatiga, falta de energía, malestar general, formas leves de ansiedad y depresión. El desequilibrio resultante de las demandas excesivas de esfuerzo que excedían los recursos y resistencia de las personas daba lugar a su agotamiento mental y físico, muy común entre los trabajadores. La neurastenia —entidad ya en desuso— constituyó la primera patologización de la conducta de los trabajadores, quienes exteriorizaban las consecuencias de los excesos sufridos al someterse a condiciones de elevado desgaste. Resulta curioso que, habiendo tenido este temprano antecedente, la salud mental y el mundo del trabajo manifiesten hoy graves desencuentros, algunos de los cuales se analizan en el presente texto.

De modo muy similar, Dejours (2006) ha insistido en la necesidad de que el especialista en salud mental laboral parta de un profundo conocimiento de las condiciones de trabajo, en particular de la organización del trabajo, que constituye el factor determinante del malestar y el sufrimiento humanos. Su orientación inicial hacia la psicopatología del trabajo (cf. Dejours y Gernet, 2014) evolucionó hacia la consideración del comportamiento normal, que en el caso de la salud mental de los trabajadores supone conocer los determinantes organizacionales del comportamiento y los recursos adaptativos construidos subjetivamente por los trabajadores.

Esa nueva orientación de su labor de investigación fue llamada por Dejours y Gernet (2014) la *psicodinámica del trabajo*, de la cual interesa sobre todo destacar su criterio en favor de admitir la existencia de formas leves de sufrimiento en el trabajo por las personas normales (Clot, 2009; Dejours, 2006; Dejours y Gernet, 2014; Orejuela, 2014). Los desequilibrios adaptativos, para decirlo en otras palabras, y sus consecuencias subjetivas quedan integrados al comportamiento normal y no como un signo psicopatológico. El trabajador normal, y aun el expuesto a una situación de acoso psicológico en su trabajo, no tienen que ser obligatoriamente patologizados. Pero al mismo tiempo debe afirmarse categóricamente que ello no significa que el acoso sea siquiera admisible.

Conviene distinguir, por un lado, entre la patologización del acoso laboral que hubiera resultado de la inclusión de los síndromes subjetivos que se asocian al mismo en la lista de enfermedades profesionales y, por el otro, la patologización clínica ya no del acoso sino del acosado.

En el primer caso, la patologización del acoso laboral como enfermedad profesional se deriva del reconocimiento de sus consecuencias para la salud mental. Este hecho tendría las siguientes repercusiones:

- Favorece el reconocimiento de la nocividad del acoso laboral para la salud mental.
- Concede mayor protección al trabajador, ya que estimula las acciones de prevención y concede mayores compensaciones por los daños ocasionados.
- Incrementa la probabilidad de añadir más trastornos mentales en una futura lista de enfermedades profesionales.
- Destaca el vínculo causal del trastorno con el proceso psicosocial nocivo, con lo que se evita una posible abstracción del mismo por un enfoque centrado en lo clínico.
- Responsabiliza a la organización laboral en cuanto a controlar y revertir el proceso de acoso.
- Estimula la inclusión de los síndromes subjetivos causados por acoso laboral en los actuales clasificadores de los trastornos mentales.
- Favorece el desarrollo de una legislación laboral sobre el acoso laboral, lo que ofrecería un marco de referencia legal para la protección de los trabajadores.

La tendencia a patologizar el comportamiento normal y los desequilibrios adaptativos circunstanciales y evitables es actualmente objeto de una justificada polémica. El aumento de las entidades de diagnóstico clínico favorece el aumento consiguiente de casos positivos, de enfermos mentales. De proliferar esta tendencia entre los especialistas en salud mental, aumentará asimismo la probabilidad de que personas acosadas, pero con recursos adaptativos eficientes para superar sus desequilibrios mediante una leve ayuda circunstancial, terminen portando innecesariamente un diagnóstico positivo de una o más de las múltiples entidades diagnósticas posibles que se han “estrenado” en el nuevo y popular manual norteamericano de clasificación.

Allan Frances (2014), un psiquiatra estadounidense que dirigió la elaboración de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, por sus iniciales en inglés) de la American Psychiatric Association, ha criticado enérgicamente lo que él llama la “patologización de la normalidad” o sobrepatologización, tendencia que ha primado en la elaboración del nuevo DSM-V. Este autor se apoya en el valor que para la regulación del comportamiento tienen los recursos homeostáticos naturales de los seres humanos. Convertir estados transitorios en desequilibrios adaptativos constituye un mecanismo patologizante que incrementa los diagnósticos y, por ende, también las tasas de incidencia de los trastornos mentales. A ese respecto, Frances escribe: “La inflación diagnóstica tiene lugar cuando confundimos las perturbaciones típicas que forman parte de la vida de todo el mundo con un auténtico trastorno psiquiátrico [...] Los trastornos mentales deberían ser diagnosticados únicamente cuando su manifestación es muy clara, grave, y es evidente que no se van a curar por sí solos” (Frances, 2014).

En Cuba, se utiliza oficialmente la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1994) en su décima revisión (CIE-10), pero los especialistas no son ajenos al DSM y sus contenidos. Por otra parte, ambos textos han venido convergiendo en sus últimas ediciones y revisiones, por lo que estará por verse si la onceava edición de la CIE sigue el patrón patologizador del DSM-V.

Esta tendencia aumentará el espectro de posibles diagnósticos de que puede disponer el clínico para asignarle al acosado, lo que es una razón de más para que valore los pros y los contras de su decisión con una mirada de amplia y larga perspectiva. La sobrepatologización del acosado laboral no favorece en modo alguno el desarrollo de sus recursos adaptativos.

Aun en el caso de que el especialista estime que su paciente acosado carece de recursos propios de respuesta y que es tributario de un nivel determinado de ayuda profesional, ha de tomar con la mayor cautela su decisión de emitir un diagnóstico positivo innecesario o incorrecto en una persona que solo necesita de un simple apoyo.

CONCLUSIONES

A menudo sucede que algunos trabajadores no están suficientemente preparados para enfrentar el acoso laboral del que son objeto y que los desequilibra, y algunos profesionales de la salud mental no están suficientemente preparados para atender a los acosados, pues cometen errores de apreciación y pueden incurrir en prácticas inadecuadas.

El trabajo es fuente de aprendizajes y de desarrollo personal, pero también lo es de conflictos a causa de su contenido y organización, pues a veces exige a las personas realizar esfuerzos adaptativos de consideración y no siempre eficientes.

Según sea la labor a que se dediquen, los trabajadores se exponen diariamente a ambientes nocivos, como por ejemplo contaminantes químicos, o condiciones físicas adversas, como el elevado calor y la insuficiente iluminación. Además, los esfuerzos adaptativos demandan respuestas eficientes ante condiciones que se derivan de las relaciones humanas en el trabajo, fundamentalmente de las de tipo funcional, que atañen a la ejecución del trabajo y a su organización. El fracaso o ineficiencia de las respuestas adaptativas generan desequilibrios subjetivos, malestar y sufrimiento que no siempre son un resultado de las mismas personas.

El acoso laboral no es un resultado natural del desempeño de una profesión dada; es una distorsión intencionada de las condiciones psicosociales del trabajo cuyo fin es molestar y agredir moralmente a una persona. La formación profesional

no dota al trabajador de recursos para responder al acoso psicológico; por esa razón, puede producir un mayor desequilibrio a la víctima, alterar su salud mental y, en consecuencia, llevarla a reclamar más ayuda profesional.

El trabajo produce efectos sobre la salud mental que tienen sus propias especificidades. En consecuencia, es posible hablar de una psicopatología laboral que no se agota en la descripción de síntomas, sino que exige conocer la dinámica del proceso de trabajo. Síndromes que no aparecen en manuales de diagnóstico clínico son, sin embargo, cada vez más frecuentes en la población trabajadora, y son atendidos por los profesionales de la salud mental como un cuadro clínico general, abstractándose de la dinámica laboral específica. En esos casos se encuentran, entre otros, el *burnout*, el *karoshi*, el estrés psicosocial laboral y el acoso psicológico laboral.

El profesional de la salud mental, más aún si se desempeña en el área de la atención primaria de la salud, es quien con más probabilidad recibe casos de trabajadores con alteraciones provocadas por los contextos organizacionales. No puede, pues, prescindir del conocimiento de la relación del trabajo y la salud mental.

Del mismo modo en que dicho profesional se mantiene atento a nuevos recursos terapéuticos, a problemas propios de determinados sectores de la población —como el envejecimiento, por ejemplo—, necesita también conocer con profundidad el impacto del trabajo sobre la salud mental de las personas que trabajan, que generalmente representan aproximadamente la mitad o más de la mitad de la población adulta de cualquier país, por lo que no es raro que toquen frecuentemente la puerta de su consulta.

Una vez que este hecho ocurra, comenzará a realizar un trabajo exigente pero creativo, en el que cada decisión deberá ser calibrada de tal modo que no resulte innecesariamente patologizado el trabajador que es víctima de un proceso de acoso, sino el proceso mismo y las condiciones reales —humanas y organizacionales— que lo han generado.

Bajo este enfoque diferenciado pero integrador, el profesional de la salud mental desarrollará y diversificará sus competencias profesionales, al igual que su sentido de responsabilidad ética. Ante el sufrimiento humano a causa del acoso laboral, no se colocará del lado erróneo.

REFERENCIAS

- Amable, M. (2013). Organización del trabajo y factores psicosociales. En P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (Eds.): *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto (Argentina): UniRío Editora.
- Askenazy, P. (2009). *Los desórdenes del trabajo. Investigaciones sobre el nuevo productivismo*. Madrid: Modus Laborandi.
- Ausfelder, T. (2002). *Mobbing. El acoso moral en el trabajo. Prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano.
- Clot, Y. (2009). *¿El trabajo sin seres humanos? Psicología de los entornos de trabajo y vida*. Madrid: Modus Laborandi.
- Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dejours, C. y Gernet, I. (2014). *Psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Efrom, R., Bigliani, G., Berman, S. y De García, G.R. (2013). Psicopatología del trabajo. En P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (Eds.): *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto (Argentina): UniRío Editora.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1982). *Tratado de psiquiatría* (t. I). Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Garaño, P. (2013). Los factores psicosociales laborales en debate. En P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (Eds.): *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Río Cuarto (Argentina): UniRío Editora.
- Hirigoyen, M.F. (1999). *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós.
- Kalimo, R., El-Batawi, M.A. y Cooper, C.A. (Comps.) (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplace. *Violence and Victims*, 5(1990), 119-126.
- López, F. y Carrión, M.A. (2009). El acoso psicológico en el trabajo. Conocerlo para identificar y mejorar las condiciones de trabajo. En W. Varillas (Ed.): *Los trabajadores y la salud mental. El reto de la prevención y el tratamiento en un mundo enfermo*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Orejuela, J. (2014). La identidad de la evaluación subjetiva del trabajo: de la satisfacción al sufrimiento laboral. En J. Orejuela (Ed.): *Psicología de las organizaciones y del trabajo. Apuestas de investigación*. Cali (Colombia): Buenaventuriana.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2012). *Recopilación de los principales indicadores de siniestralidad laboral y enfermedad ocupacional utilizados en Iberoamérica*. Madrid: OISS.
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Lista de enfermedades profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)* (10ª rev.). Ginebra: OMS.
- Pando, M. y Ezqueda, B. (2007). Mobbing: acoso psicológico en el trabajo. En M. Pando y J.G. Salazar (Eds.): *Temas de condiciones de trabajo y salud mental*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander (España): Sal Terrae.