

PSICOTERAPIA DEL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

UN CASO CLÍNICO

Marta de la Torre Martí
y Raquel Rodríguez Carvajal*

Resumen

El presente estudio expone la intervención psicológica para el acoso psicológico en el trabajo a partir del caso de una mujer, de 35 años, que presenta excesivo malestar psicológico con síntomas de estrés postraumático y depresivos. La intervención consistió en 11 sesiones a lo largo de cuatro meses y consideró la reducción de la ansiedad excesiva, mejora del estado de ánimo, modificación de creencias disfuncionales derivadas del acoso, y adaptación personal y laboral, mediante técnicas cognitivo-conductuales. Los resultados cuantitativos y cualitativos sugieren una mejora respecto a la sintomatología inicial. En general, el estudio revela que la intervención psicológica parece ser útil para normalizar la vida del individuo sometido a un proceso de acoso psicológico en el trabajo.

Palabras clave: acoso psicológico en el trabajo, intervención psicológica, estrés postraumático, estudio de caso único.

Key words: mobbing at work, psychological intervention, posttraumatic stress, single case study.

Introducción

El trabajo juega un papel clave en la autoestima y calidad de vida de los individuos (WHO Regional Office for Europe, 2010), por lo que un proceso de acoso psicológico en el contexto laboral configura un importante estresor psicosocial que afecta significativamente al funcionamiento cotidiano (Moreno y cols., 2008) y bienestar emocional y capacidad profesional de las personas que lo padecen (Girardi y cols., 2007).

El acoso psicológico en el trabajo o “acoso laboral” no constituye un fenómeno aislado ya que parece afectar en torno al 5% de los trabajadores en Europa (Parent-Thirion, Fernández, Hurley y Vermeylen, 2006) y alrededor de un 16% en España (Piñuel y Oñate, 2002), siendo cada vez más frecuente en las empresas (European Agency for Safety and Health at Work, 2011). Es más, las conductas de acoso periódicas y continuas provocan un gran deterioro

en la salud física y mental de los individuos. De hecho, son frecuentes los dolores de espalda y musculares, seguidos de fatiga y estrés (Parent-Thirion y cols., 2006), así como irritabilidad y nerviosismo, sensación de injusticia laboral, evitación de situaciones relacionadas con el acoso, angustia e impotencia (López, Picón y Vázquez, 2008). De hecho, se asume que el 95% de los sujetos expuestos al acoso laboral se enmarcan en el diagnóstico de estrés postraumático (Leymann, 1996).

Ante este panorama, cobran importancia todas aquellas actuaciones psicológicas que favorezcan la recuperación y potencien el bienestar personal y profesional. Las publicaciones relativas a la recuperación del acoso han sugerido la eficacia de la intervención cognitivo conductual en contexto grupal (Rodríguez, Osona, Domínguez, y Comechel, 2009) y la necesidad de apoyo psicológico durante el proceso jurídico (Groeblichhoff y Becker, 1996). No obstante, resulta clave la intervención sobre procesos emocionales consecuentes del acoso laboral tales como la desactivación de la rabia y la ira, sustitución de la culpa y la vergüenza (Piñuel, 2001) así como el ajuste personal y laboral (Pavón, 2009).

Atendiendo a su gran impacto en la salud y debido a la escasez de estudios sobre la intervención

* Marta de la Torre Martí y Raquel Rodríguez Carvajal, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España
E-Mail: mdelatorremarti@gmail.com
E-Mail: raquel.rodriguez@uam.es
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 131-138
© 2013 Fundación AIGLÉ.

psicológica en acoso laboral, se consideró la idoneidad de un estudio de caso clínico sobre esta temática. Sobre esta base, el presente estudio tiene por objetivo exponer el proceso de evaluación y el tratamiento psicológico para un individuo que ha sido objeto de acoso laboral.

Identificación del paciente y motivo de consulta

La paciente S. es una mujer de 35 años, casada, sin hijos y responsable de recursos humanos y comunicación en una empresa del sector servicios. Refiere gran angustia, inseguridad, falta de concentración e incapacidad para tomar decisiones, además de una profunda tristeza y agotamiento. Desde un primer momento, lo atribuye a las reiteradas limitaciones en su trabajo y situación de baja laboral. Toma bromazepam, 1,5 mg. tres veces al día y escitalopram, 15mg. una vez al día.

Se obtiene consentimiento informado y voluntario sobre la participación de la paciente en el estudio y el compromiso para devolución de las principales conclusiones que se alcancen.

Estrategias de evaluación

La recogida de información se realizó a través de los siguientes instrumentos:

- Entrevista de evaluación e Historia Biográfica del Centro Avance en el que se especifica la demanda y datos familiares, sociales, académicos, profesionales, intereses y expectativas sobre la terapia.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer, y Garbin, 1988), en su adaptación española

por Vázquez y Sanz (1997) con 21 ítems sobre la intensidad de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales de la depresión, con un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,65 a 0,72 y consistencia interna entre 0,81 y 0,86 (Beck y cols., 1988a; Vázquez y Sanz, 1997).

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988) en el que se presentan 21 ítems que evalúan el grado de molestia de síntomas cognitivos y somáticos de ansiedad con un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,75 y la consistencia interna de 0,92 (Beck y cols., 1988b).

- Escala de Hipocondría del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (EH, MMPI) (Hathaway y McKinley, 1943) de 22 ítems que evalúa presencia de síntomas fisiológicos de ansiedad, Cuestionario de Síntomas de 99 ítems de síntomas cognitivos, fisiológicos y conductuales de ansiedad, Cuestionario de Estilo Cognitivo del grado en el que la persona posee determinadas creencias disfuncionales y Cuestionario de Autoverbalizaciones (Morillas, Acosta y Fernández, 1988) sobre la frecuencia de determinadas autoevaluaciones negativas. Estos instrumentos no presentan datos estadísticos, si bien se utilizan para recogida de información.

- Análisis de los antecedentes organizacionales mediante entrevista.

- Autorregistros sobre las situaciones de mayor malestar, anotando a) las situaciones, pensamientos, sensaciones y síntomas físicos y respuesta conductual, b) los picos de malestar en horas y días, y c) pensamientos alternativos a los pensamientos ansiógenos (tabla 1)

Tabla 1. Autorregistros de situaciones de mayor malestar.

a)

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	QUÉ SIENTO	QUÉ PIENSO	QUÉ HAGO
--------------	-----------	------------	------------	----------

b)

DÍA/HORA	0-5	5-8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
----------	-----	-----	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

c)

FECHA/ HORA	SITUACIÓN (LUGAR, PERSONAS...)	QUÉ SIENTO 0-100	QUÉ PIENSO 0-100	ALTERNATIVAS	QUÉ PIENSO AHORA 0-100	QUÉ SIENTO AHORA 0-100
----------------	-----------------------------------	---------------------	---------------------	--------------	------------------------------	------------------------------

- Cuestionario de Acoso Psicológico en el Trabajo (CAPT) (Moreno y cols., 2008) evalúa diferentes conductas del acoso psicológico en el trabajo típicas de una población hispana, cuyo coeficiente de fiabilidad supera en la totalidad de las escalas al 0,80 y consistencia interna de 0,94 (Moreno y cols., 2008).

Formulación clínica del caso

Desde que comenzó en la empresa en 1998 como auxiliar administrativa, la paciente ha gozado de una muy positiva proyección profesional alcanzando el puesto de responsable de recursos humanos y comunicación. Ha trabajado con contrato indefinido y reconoce alta motivación por su trabajo aunque refiere una cultura organizacional escasamente definida, liderazgo “débil”, comunicación poco valorada, con un cambio constante y escasa concreción de funciones, además de exigencia y sobrecarga durante esos años. Según informa, a finales de 2008 se incorpora un nuevo director general con quien inicialmente mantuvo una relación cordial y colaboradora hasta que, en septiembre de 2009 sale elegida delegada sindical, momento en el que según ella comienzan los obstáculos y limitaciones en su trabajo (ocultación de información, limitación de las funciones, realización de tareas por debajo de su cualificación y experiencia, exclusión de reuniones, reporte a un trabajador jerárquicamente inferior y abandono de salud y comunicación...). Tras ponerlo en conocimiento del sindicato y recopilar información diaria sobre lo que ocurría en el trabajo, sin recibir ningún tipo de apoyo por parte de sus superiores y compañeros, y tras varias bajas por problemas musculares y cefaleas, en noviembre de 2010 recibe la baja laboral y tratamiento farmacológico.

Las continuas dificultades en la realización habitual del trabajo, la falta de apoyo y la inactividad derivada de la baja laboral le supusieron una gran desestabilización y elevado malestar emocional. En el momento que acude a consulta, la paciente encuentra amenazantes los estímulos relacionados con el trabajo, sensaciones fisiológicas de ansiedad, emociones de ira, tristeza o culpa y situaciones con mucha afluencia de gente o de toma de decisiones, los cuales desencadenan reexperimentaciones (“no me lo puedo quitar de la cabeza”), culpabilizaciones (“que tonta e ingenua he sido”), sentimientos de indefensión, desesperanza e inseguridad (“no puedo, no soy capaz de hacer nada”, “esto es lo peor que me ha pasado en mi vida”), temor excesivo (“me muero si tengo que volver a verle”), ira y sentimientos de justicia (“se merece lo mismo que he sufrido yo”) además de una intensificación de sensaciones fisiológicas con dificultades de sueño, falta de concentración y continuos olvidos. Es frecuente que escape de las situaciones temidas, lllore y hable con su pareja excesivamente sobre sus preocupaciones laborales, conductas que se mantienen por contingencias reforzantes negativas (el habla excesiva se mantiene también por refuerzo positivo), aunque posteriormente el malestar se acrecentaba precipitando de nuevo las conductas problema (figura 1). Como resultado diagnóstico, la paciente cumple los criterios del DSM-IV (APA, 2002) para el trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo mayor.

Tratamiento psicológico y aplicación

Como objetivos de intervención se propusieron:
1- Disminuir el nivel general de ansiedad.

Figura 1. Análisis funcional de las conductas problema



2- Mejorar el estado de ánimo y favorecer el desvío de la atención del problema.

3- Desactivarse emocionalmente tomando conciencia de reacciones emocionales típicas como la ira y la rabia que impiden una respuesta eficaz en su vida.

4. Elaborar la respuesta de acoso mediante extroyección, sustituyendo la culpa y vergüenza derivada del acoso por la autoconfianza, autoestima, habilidades asertivas, solución de problemas y toma de decisiones.

5. Favorecer adaptabilidad y ajuste personal y profesional.

Partiendo de las manifestaciones clínicas del caso, se desarrolló una intervención cognitivo-conductual mediante 11 sesiones de una hora de duración, con periodicidad semanal y dos últimas quincenales, a lo largo de 4 meses. Así, para el objetivo 1, trabajado transversalmente en todas las sesiones, se le informó sobre las de reacciones psicológicas habituales tras una situación de acoso laboral. Se emplearon la reestructuración cognitiva siguiendo el modelo de Beck, técnicas de control de la ansiedad como las autoinstrucciones de Meichenbaum y la relajación muscular progresiva de Jacobson, así como exposición a estímulos temidos primero en imaginación (escucha de grabaciones suyas con el director, lectura del diario escrito en los últimos meses de trabajo) con la estrategia de distanciarse como si viera una película (Piñuel, 2001) y posteriormente en vivo (búsqueda de ofertas de empleo, situaciones sociales con compañeros y amigos). Para el objetivo 2, llevado a cabo en las sesiones 2 y 3, se acordaron pautas de activación conductual y la lectura del libro "Sentirse Bien" de David Burns (2005). El objetivo 3, desarrollado en las sesiones 5, 9 y 10, exigió la identificación de reacciones emocionales significativas, la reestructuración cognitiva y uso del humor, continuando con las exposiciones. Para el objetivo 4, desarrollado en las sesiones 5, 6 y 7, además de la explicación sobre los mecanismos típicos de actuación del agresor que favorecen la atribución de la culpa y la vergüenza en las víctimas y la reestructuración cognitiva hacia una atribución externa e inestable del conflicto, se entrenó en técnicas asertivas y asesoramiento para situaciones difíciles y establecieron técnicas de autocuidado. El objetivo 5, trabajado durante las sesiones 2, 4, 6, 8 y 9, además de utilizar la aceptación (por ejemplo, de la imposibilidad de transformar el comportamiento del acosador) se centró en el ajuste de expectativas del proceso judicial y perdón emocional para "dejar pasar" lo ocurrido y romper el vínculo de odio con el agresor que le permitiera continuar su vida con normalidad, potenciando la capacidad de resiliencia y mejora de su empleabilidad. Se continuó con la

prevención de recaídas en la fase de seguimiento y la reducción de medicación en colaboración con su psiquiatra.

Todas las sesiones se estructuraron en una revisión de la experiencia de la paciente durante el período inter-sesiones y tareas para casa, introducción de material nuevo o continuación del trabajo y la propuesta de nuevas tareas para la siguiente sesión. A continuación, se puede ver cómo se distribuyó secuencialmente el trabajo terapéutico (Tabla 2).

Resultados

Se han comparado los cambios en las puntuaciones en los cuestionarios que miden las variables clínicas relevantes evaluadas en las sesiones de pretratamiento (1 y 2) y postratamiento (sesión 11), cuyos resultados se observan en la tabla 3.

Conductas de acoso psicológico en el trabajo. Se confirma que la paciente ha estado expuesta a acoso psicológico durante más de seis meses más de una vez a la semana. Las principales conductas de acoso recibidas, consistentes entre sí en los dos momentos de evaluación, refieren principalmente a factores organizacionales relacionados con "política organizacional" e "información y actuaciones ante el acoso", seguido de "consecuencias", "exigencia extrema" y "aislamiento social" y en menor medida "desacreditación".

Sintomatología de ansiedad. El BAI presenta una mínima reducción tras la intervención (44) respecto al momento anterior (43), con mayores cambios en la EH antes (29) y después (18) respecto a dolores de cabeza y estabilización del peso. Especialmente en Síntomas se produce antes (129) y después (36) una disminución importante en la frecuencia de culpabilizaciones, dificultades de concentración, inseguridad, dolores físicos, agitación y nerviosismo, y toma de medicación. A nivel cualitativo, se registraron en un inicio afirmaciones de "a menudo, no consigo dejar de pensar en todo lo que está ocurriéndome", "voy a tener que hablar del tema y me voy a poner peor" y posteriormente "no pienso en lo que más me revuelve, me mantengo ocupada, pensar en ello no me ayuda" y "quizás me ayude acostumbrarme a hablar del tema, afrontarlo y buscar soluciones".

Sintomatología depresiva. Las puntuaciones obtenidas en el BDI mejoraron con niveles iniciales de "depresión severa" (30) a niveles "no clínicamente significativos" tras la intervención (7), y en Autoverbalizaciones aparecieron menos afirmaciones negativas antes (14) y después (10). En un primer momento se recogen afirmaciones como "esto no es vida" y "lo único que me apetece es quedarme en casa", si bien avanzada la intervención verbalizó

Tabla 2. Desglose de intervención por sesiones

SESIONES	TRABAJO REALIZADO DURANTE LA SESIÓN	TAREAS PARA REALIZAR ENTRE SESIONES
1	Primera entrevista de evaluación Recogida de información del motivo de consulta e historia del problema Inicio del establecimiento de la relación terapéutica	Historia biográfica Cuestionarios: Síntomas, BAI, BDI, EH MMPI y Autoverbalizaciones
2	Revisión del período inter-sesiones Revisión de la historia biográfica y los cuestionarios para la recogida de información Psicoeducación sobre el acoso psicológico Establecimiento de pautas de activación conductual Análisis del contexto organizacional Planteamiento de objetivos iniciales	Cuestionario CAPT Realizar actividades gratificantes y distractoras Biblioterapia Afrontamiento: acudir sola a consulta la próxima semana
3	Revisión del período inter-sesiones Revisión de las tareas Refuerzo por venir sola a consulta Revisión del libro Reestructuración cognitiva (primero, sobre la relación entre actividad y estado de ánimo y pensamientos intrusivos, y segundo, sobre los pensamientos y ansiedad) Entrenamiento en autoinstrucciones	Practicar las autoinstrucciones Realizar actividades gratificantes y distractoras Autorregistro (a)
4	Revisión del período inter-sesiones Revisión de las tareas Normalización de las dificultades del sueño y pautas de higiene del sueño. Reestructuración cognitiva (sobre actitudes disfuncionales) Revisión de la relajación muscular progresiva	Activación conductual Biblioterapia Relajación progresiva Autorregistro (a), (b) y (c)
5	Revisión del período inter-sesiones Revisión de las tareas Reestructuración cognitiva (sobre su control y afrontamiento ante situaciones cotidianas actuales). Entrenamiento en habilidades asertivas y solución de problemas Exposición a situación ansiógena Planteamiento de objetivo: desactivación emocional	Activación conductual Biblioterapia Relajación progresiva Autorregistros (b) y (c) Exposición a situaciones sociales
6	Revisión del período inter-sesiones Revisión de las tareas Reestructuración cognitiva (sobre su miedo a preocupar a los demás, afrontamiento de situaciones cotidianas) Orientación sobre uso de medicación Solución de problemas y aceptación	Activación conductual Autorregistros (b) y (c)
7	Revisión del período inter-sesiones Revisión de las tareas Habilidades de autocuidado Reestructuración cognitiva (sobre afirmaciones de tipo debería) Feedback y refuerzo sobre los cambios conseguidos	Activación conductual Reflexión sobre lo que sigue evitando relacionado con el trabajo Exposición a lectura de ofertas de trabajo Autorregistros (b) y (c) Autocuidado
8	Revisión del período inter-sesiones Revisión de tareas Explicación sobre el acoso y consecuencias en función de su personalidad Ajuste de expectativas sobre el proceso judicial Refuerzo	Exposición y registro de niveles de ansiedad. Autorregistros (b) y (c)
9	Revisión del período inter-sesiones Revisión de tareas Seguimiento proceso judicial Reestructuración cognitiva (sobre ansiedad, rabia y desactivación emocional y pensamientos de justicia)	Autorregistros (b) y (c)
10 Quincenal	Revisión del período inter-sesiones Revisión de tareas Reestructuración cognitiva (sobre su proceso de recuperación, sus afirmaciones debería y ansiedad) Ajuste de expectativas del proceso judicial y objetivos Entrega del informe psicológico	Autorregistros (b) y (c) Exposición a dos situaciones nuevas del diario
11 Quincenal	Revisión del período inter-sesiones Revisión de tareas Apoyo en el proceso y normalización de su cansancio Reestructuración de los objetivos (dejarlo pasar) Prevención de recaídas	Exposición a imaginarse trabajando Autorregistros (b) y (c)

Tabla 3. Puntuaciones de las medidas de evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento

MEDIDAS	MÍNIMO Y MÁXIMO	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO
- CAPT			
Aislamiento social (ítems 1-5)	0-20	13	14
Exigencia extrema (ítems 6-9)	0-16	11	13
Desacreditación (ítems 10-13)	0-16	3	4
Política organizacional (ítems 14-18)	0-20	16	20
Info. y act. ante el acoso (ítems 19-21)	0-12	12	12
Consecuencias (ítems 22-23)	0-8	7	12
- BAI	0-64	44	43
- EH, MMPI	0-33	29	18
- Síntomas	0-297	129	36
- BDI	0-63	30	7
- Autoverbalizaciones	0-66	14	10
- Estilo Cognitivo	0-42	22	20

“hacer cosas es algo clave para superar este episodio y recuperarme cien por cien”.

Otros efectos de la intervención. Se encontró una reducción leve en pensamientos disfuncionales pre-intervención (22) y post-intervención (20) del EC. No obstante, afirmaciones como “qué tonta he sido de no darme cuenta de lo que estaba haciéndome”, “cómo pueden existir tipos como él, que disfrutan haciendo daño a la gente” y “no puedo, esto me supera porque es el mismo camino al trabajo” generadoras de emociones intensas de ira, culpa y falta de control cambian a “teniendo en cuenta que su objetivo era hacerme daño, actuaron coherentemente por mucho que me fastidiara”, “mi actitud fue la correcta, apostar por el diálogo y tener paciencia” y “¿por qué no voy a poder?”, afirmaciones más adaptativas.

Discusión

De forma general, el análisis del caso evidencia que los efectos de un proceso de acoso psicológico en el trabajo comprometen el bienestar y salud física y mental de los individuos. Esto coincide con las manifestaciones clínicas propuestas en investigaciones sobre víctimas de acoso laboral (Parent-Thirion y cols., 2006; López y cols., 2008) y estrés postraumático (Leymann, 1996; Peralta, 2006).

Uno de los hallazgos más relevantes es el cambio en los indicadores de malestar psicológico tras la intervención cognitivo-conductual, con una mejora en la sintomatología de ansiedad y depresión, así como un cambio en creencias relacionadas con el manejo de la ira, culpabilizaciones y ajuste a su vida personal y laboral. Es posible que la mejora del estado de ánimo probablemente se haya visto potenciado por la adopción de la paciente de un afrontamiento más activo (Casado, 2004). Los resultados del estudio se hallan en consonancia con los existentes en la literatura (Groeblichhoff y Becker, 1996; Rodríguez y cols., 2009).

Además, la presente intervención combina aspectos emocionales (Piñuel, 2001) y técnicas apoyadas por una sólida base empírica, fundamentales para superar el acoso psicológico en el trabajo (Pavón, 2009). La evaluación multimétodo ha permitido capturar información más fiable, generalizable y específicamente relacionada con las conductas de acoso recibidas y se han contemplado cuestiones éticas siguiendo los principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia durante el estudio.

No obstante, lo expuesto pone de manifiesto la necesidad de mayor concreción sobre el peso de las diferentes dimensiones y mecanismos terapéuticos utilizados. Los resultados y sugerencias expuestas en este estudio, por consiguiente, deben ser

considerados teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas que presenta el trabajo como la restricción en la generalización o establecimiento de relaciones causales. Cabría potenciar la triangulación de fuentes, realizar una evaluación multitemporal e incluir variables relevantes en la literatura como respuesta de afrontamiento (Casado, 2004; López y cols., 2008), actitud hacia el trabajo (Sperry, 2009) y personalidad de la víctima y acosador (Girardi y cols., 2007). De cara a una intervención más completa, se han de considerar estrategias preventivas desde el ámbito organizacional que favorezcan lugares de trabajo respetuosos, productivos y beneficiosos para los individuos (Martín y Pérez, 1998).

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Psiquiatría Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª Edición)*. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N., y Steer, R.A. (1988b). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A., Steer, R.A. y Garbin, M.C. (1988a). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8, 77-100.
- Burns, D. (2005). *Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones*. México: Paidós.
- Casado, F. (2004). Abordaje clínico y comprensión de un trastorno de estrés: el mobbing. *Apuntes de psicología*, 22, 257-265.
- European Agency for Safety and Health at Work (2011). *Workplace violence and harassment: a European Picture*, [en línea]. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible en: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/violence-harassment-TERO09010ENC/view>. [Consulta: 2011, 20 de abril].
- Girardi, P., Monaco, E., Prestigiacomo, C., Talamo, A., Ruberto, A., y Tatarelli, R. (2007). Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. *Violence and victims*, 22 (2), 172-188.
- Groeblichhoff, D., y Becker, M. (1996). A case study of mobbing and the clinical treatment of mobbing victims. *European journal of work and organizational psychology*, 5 (2), 277-293.
- Hathaway, S., y McKinley, J. (1943). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, 5 (2), 165-184.
- López, M. A., Picón, E. y Vázquez, P. (2008). Estudio del acoso psicológico en la universidad pública de Galicia. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 24, 1, 41-60.
- Martín, F. y Pérez, J. (1998). *Nota técnica preventiva (NTP) 476: el hostigamiento psicológico en el trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).
- Moreno, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante, M.E., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R., y Díaz-Gracia, L. (2008). Evaluación del acoso psicológico en el trabajo: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida. *Universitas psychologica*, 7, (2), 335-345.
- Morillas, M., Acosta, V., y Fernández, M. (1988). *Inventario de Autoverbalizaciones*. Edición experimental. Madrid: Centro de Investigación y Terapia de Conducta (Cinteco). Manuscrito sin publicar.
- Parent-Thirion, A., Fernández, E., Hurley, J., y Vermeylen, G. (2006). *Fourth European Working Conditions Survey* [en línea]. Disponible en: www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/78/es/1/efo678es.pdf. [Consulta: 2011, 20 de abril].
- Pavón, Y. (2009). *Más allá del Mobbing*. Madrid: Éride Ediciones.
- Peralta, M. C. (2006). Manifestaciones del acoso laboral, mobbing y síntomas asociados al estrés postraumático: estudio de caso. *Psicología desde el Caribe*, 17, 0-26.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae.
- Piñuel, I, y Oñate, A. (2002). La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. *Revista de relaciones laborales de la UPV, Lan Harremanak*, 7(2), 35-62.
- Rodríguez, M. F., Osona, J. A, Domínguez, A. L., Comechel, M. I. (2009). Mobbing: una propuesta exploratoria de intervención. *International journal of psychology and psychological therapy*, 9, 2, 177-188.
- Sperry, L. (2009). Workplace mobbing and bullying: A consulting psychology perspective and overview. *Consulting psychology journal: practice and research*, 61(3), 165-168.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*, 8, 403-422.

WHO Regional Office for Europe (2010). *Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times* [en línea]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/124047/e94345.pdf. Copenhagen, [Consulta: 2011, 20 de abril].

Recibido: 22-12-11
Aceptado: 8-6-12

Abstract: The present study exposes the psychological intervention of the mobbing at work from a case of a woman of 35 years-old, who presented excessive distress such as depressive and posttraumatic stress symptoms. The intervention consisted of 11 sessions over four months and the variables considered were excessive anxiety reducing, mood improvement, change in dysfunctional beliefs derived from harassment, and personal and work adjustment improvement, using cognitive-behavioral techniques. Quantitative and qualitative results suggest a reduction on the initial symptoms. Overall, the study shows that psychological intervention seems to be helpful to normalize the lives of individuals subjected to a process of psychological mobbing at work.