

Apuntes de Psicología
2004, Vol. 22, número 2, págs. 257-265.
ISSN 0213-3334

Colegio Oficial de Psicología
de Andalucía Occidental y
Universidad de Sevilla

Abordaje clínico y comprensión de un trastorno de estrés: el mobbing

Francisco Dionisio CASADO CAÑERO
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

En este trabajo realizamos una valoración clínica del acoso moral en el trabajo, el denominado *mobbing*, señalando la pertenencia del mismo a la categoría de los trastornos de adaptación y su relación con otros problemas en el ámbito laboral, como el *burnout*, o el acoso sexual en el trabajo. Analizamos sus caracteres clínicos, sociales y laborales, su diagnóstico y su abordaje terapéutico desde un modelo de afrontamiento.

Palabras clave: mobbing, trastornos por estrés, estrategias de afrontamiento.

Abstract

In this paper we try to understand and analyze in a clinical line the mobbing, its relation with other stress disorders in working places, like burn-out or sexual abuse in working places. We analyze this problem in a clinical line and we propose a treatment strategy in the line of cognitive coping skills training.

Key words: mobbing, stress disorders, coping skills.

Este trabajo sobre la vivencia de acoso moral en el trabajo o *mobbing* está realizado desde la perspectiva de un psicólogo clínico. Ello determina el abordaje del problema, los aspectos del mismo que vamos a tratar, así como la orientación de las fuentes usadas y las alternativas que serán planteadas. Muchas de las reflexiones que motivan este artículo han nacido en la consulta, donde hemos tenido contacto con esta problemática, y el objeto

del mismo está orientado a ese ámbito de intervención. Realizamos esta salvedad de principio porque reconocemos que éste es un problema que entra de lleno en otras áreas, como la psicología del trabajo, la prevención y salud laborales, o el derecho laboral, y es también objeto de atención por parte de la acción sindical y de diversas asociaciones específicas. Ámbitos todos ellos que aportan una perspectiva diferenciada a la que ofrecemos en este artículo.

Dirección del autor: Equipo de Salud Mental de Distrito de Dos Hermanas. Hospital "El Tomillar", carretera de Dos Hermanas a Alcalá de Guadaíra, s/n. Dos Hermanas, 41700 Sevilla. *Correo electrónico:* curro@cop.es

Recibido: marzo 2004. *Aceptado:* junio 2004.

El acoso moral en el trabajo, mobbing, como una problemática de estrés

La validez que a nuestro juicio poseen los modelos centrados en la noción de *afrentamiento al estrés* (Lazarus y Folkman 1986, Lazarus 2000, Bandura 1987, 1999) como marco de comprensión estratégica de las conductas de los sujetos en su medio, justifican su relevancia en la comprensión de aquellos problemas que, como el acoso moral o *mobbing*, surgen de la interacción del individuo con demandas de éste. Ello nos permite establecer la relación de esta problemática con otras con las que guarda grandes similitudes y a la vez establecer las diferencias.

El *mobbing* pertenece a la constelación de los *trastornos reactivos* (códigos F43.2), que tanto en la CIE-10 (OMS, 1992) como en la DSM IV-TR (APA, 2000), constituyen un apartado específico. Podríamos señalar, como elemento nuclear de la definición de trastorno reactivo, la relación temporal clara, (que no ha de ser de inmediatez), entre una problemática, un evento vital estresante y la aparición de trastornos, que pueden adoptar varias formas (ansiedad, depresión, irritabilidad, conductas de riesgo, etc.), así como la presencia de un buen ajuste personal y social previo. Ello no es obstáculo para que en un momento determinado sea aplicable otro diagnóstico. Resulta interesante conocer los trabajos en los que se estudia desde la perspectiva de la psicología social, ámbito donde ha sido descrito por primera vez, en los que se describe el fenómeno y se señala su incidencia en varios ámbitos laborales. (Irigoyen, 1999; Piñuel, 2001; Barón, Munduate y Blanco, 2003; Martínez Pecino, 2003).

En el caso del *mobbing*, hemos de señalar su relación con otra patología del ámbito laboral, el *burnout*, descrito por Maslach

(1993). En ambos trastornos, el evento vital estresante se encuentra en el medio laboral; aunque hay una diferencia que permite distinguir ambos cuadros.

En el *burnout*, o *síndrome de estar quemado*, la raíz de la problemática se encuentra en las condiciones de la propia tarea y en las exigencias afectivas y cognitivas de la misma. Muy importante es la implicación afectiva, el desgaste producido por el contacto con el otro y sus problemas, los sentimientos de impotencia al no poder cubrir unas expectativas de logro en muchos casos poco realistas, que lleva a una problemática en la que destacan, junto con la sintomatología ansioso-depresiva y somática y el deterioro en su ajuste familiar y social, la despersonalización, el alejamiento afectivo, la deshumanización defensiva del otro y el deterioro del rendimiento y de la implicación laboral.

El *burnout* ha sido descrito en profesiones sanitarias, educativas, de servicios sociales y comunitarios, o en servicios en los que la relación con el cliente es importante. Existen numerosos trabajos realizados en España a ese respecto (por ejemplo, Míngote Adán 1997).

Por el contrario, en el *mobbing* el factor deletéreo se encuentra en el clima social y en las relaciones que se establecen en el medio laboral.

Hemos de señalar que se dan casos en que ambas problemáticas se solapan y que en ambas un factor que predispone es la implicación de la *víctima* en el trabajo, en el desempeño eficiente en la tarea, y su elevado nivel de compromiso personal con los objetivos de la organización a la que pertenece.

En el caso del *mobbing* entran en juego factores que tienen que ver claramente con la dinámica de grupos, con el reparto de *roles*, de información y de funciones, tanto formales como *de facto* en la organización.

Conforme a nuestra propia experiencia clínica, un elemento de vulnerabilidad detectable en las *víctimas* del *mobbing* es que realizan una valoración ingenua de las relaciones sociales, quizás como resultado de una socialización que ha reforzado conductas y patrones cognitivos favorecedores de conductas prosociales.

Normalmente la *víctima* del *mobbing* es una persona bienintencionada, que proyecta sus esquemas y patrones de actuación muy en la línea del *debe ser*; de esquemas centrados en las necesidades del otro, del grupo, en la comprensión y anticipación en una interacción de las conductas de otros. Este sesgo de proyección de nuestras motivaciones para la acción, en el que solemos caer con frecuencia todos los humanos, lleva al fracaso en la interacción si no hay una conciencia crítica, una cierta *mala fe*, que permita realizar una reevaluación de los patrones antes citados a partir de los datos discordantes (ya que los otros actúan por sus propios parámetros, y las metas de sus actuaciones pueden ser discordantes y hasta contrapuestas). Este fracaso lleva a una etapa de confusión, en la que la *víctima* realiza un continuado autoexamen, buscando en que ha fallado. Esta autofocalización lleva a una autculpabilización, con la depresión y angustia consiguientes, que refuerzan su sensación de ineficacia. Ésta, también lleva a una actitud de continua vigilancia de las reacciones de los otros, buscando índices de aprobación o de rechazo, con lo que sus conductas en el medio laboral son cada vez menos ajustadas. La *víctima* queda señalada como el eslabón débil del sistema y la profecía (la expectativa del acosador, en este caso) se ha cumplido a sí misma.

Es muy importante evaluar estos patrones previos de personalidad, caracterizados por el ajuste exagerado a las demandas de su medio social y la implicación excesiva en

las metas, tanto formales como informales, de la organización, para poder determinar la presencia de una situación de acoso moral. Asimismo es fundamental para hablar de *mobbing*, conocer cual es la dinámica relacional en el ámbito de trabajo, aunque sea a través de datos indirectos, ya que como clínicos no nos es posible realizar una observación directa del clima laboral. Para ello nos hemos de fiar de la información que nos da el paciente, por lo que insistimos en la necesidad de realizar un escrutinio de sus rasgos de personalidad, y contrastar, si es posible, con la información que nos puedan dar los familiares.

Es evidente que no podemos hablar de acoso moral en una situación conflictiva entre compañeros, o entre empleados y jefes, si hay una historia previa de falta de rendimiento en el trabajo sin causa aparente, de escasa implicación en las normas y metas de la organización, y de escaso ajuste a las demandas formales e informales de un medio laboral o una organización. Los conflictos surgidos en este contexto no pueden ser considerados en ningún caso acoso moral, y nos harían explorar otras problemáticas distintas.

Otra problemática de raíz laboral que hemos observado, con rasgos próximos al *mobbing*, (de hecho la sintomatología presentada por el paciente es con frecuencia indistinguible y las conductas abiertas en el medio laboral son muy similares), viene dada por una política presente en una gran variedad de empresas (desde grandes entidades a microempresas) de provocar despidos, sobre todo de personal con contratos de mayor estabilidad y con mayor antigüedad, tratando de recortar los costes económicos que estos suponen. En éste caso la motivación no reside esencialmente, aunque se den situaciones en las que sí existe, en una dinámica viciada de las relaciones dentro

del grupo laboral, ya sean horizontales o verticales, elemento propio del *mobbing*. Sólo es un modo claro y franco de economizar eliminando puestos de trabajo, sobre todo aquellos con más salario y derechos, y evitando hacer frente a las indemnizaciones por despido. Es una dinámica basada en *amargar* al trabajador para que se vaya sin más, acceda a pactar un despido *a la baja*, o se de baja y pase a una situación de invalidez. En éste caso la *víctima* no ha de tener necesariamente los rasgos previos de personalidad antes descritos para el *mobbing* o el *burnout*, basta con que sea un trabajador que cumpla de forma razonable, tanto en rendimiento como en ajuste a normas, y no pueda ser despedido por causa objetiva. Otro factor diferencial es la conciencia más clara que posee de la situación y la motivación de la misma. Ello facilita que pueda aparecer de forma espontánea, una atribución externa e inestable a la causa del conflicto, lo que facilita el afrontamiento dirigido a la emoción, evita la autoculpabilización, y facilita la recuperación y búsqueda de alternativas.

Para finalizar, hemos de hacer mención al acoso sexual en el lugar de trabajo, en el que un compañero (que normalmente es un superior en la jerarquía de la empresa) se vale de esa relación para de un modo más o menos sutil, de forma franca o insidiosa, obtener favores sexuales de una empleada, ya que en casi todos los casos la víctima es una mujer. Es común que ante la negativa de ésta, la consecuencia de la amenaza sea una situación de acoso moral o *mobbing*.

En la mayoría de los casos, nos encontraremos con situaciones en las que de un modo u otro se solapan las tipologías antes descritas, y en las que hay comorbilidad con otras problemáticas. A nuestro juicio constituye una constelación de problemas con límites difusos entre unas y otras.

Evaluación y diagnóstico de esta problemática

La evaluación de esta problemática en un contexto clínico descansa fundamentalmente sobre la entrevista clínica. No tenemos constancia, al menos en dicho contexto, de una escala de valoración del acoso moral equiparable a la existente sobre el *burnout* (Maslach y Jackson, 1997).

En la entrevista clínica es fundamental realizar una exhaustiva exploración de la patología, valorando la evolución de la misma, la historia del trastorno, y realizar un análisis funcional de las conductas problema. Ello es necesario para conocer y establecer la presencia de sucesos antecedentes, realizando una descripción detallada de los mismos, su cronología y topografía, y la relación temporal y causal, en base a la vivencia del sujeto. Es muy importante, para poder realizar un diagnóstico diferencial, el análisis detallado del ajuste previo del paciente. Explorar si ha sido competente en los ámbitos familiares, personales, sociales y laborales. Es relevante también preguntar si ha habido una buena relación laboral previa y si ha sido objeto de premios o promociones en su empresa o en trabajos previos.

En relación al problema, es importante conocer si su inicio coincide con un cambio de jefatura, con un cambio en la política de personal, o con un cambio en su rol. Así mismo, hay que indagar si ha cumplido de forma oficiosa tareas que sobrepasaban su categoría y si ha habido conflictos por ello con jefes, normalmente por negarse a seguir cumpliéndolas, o con los compañeros.

También es necesario valorar el funcionamiento social previo, su ajuste a grupo de iguales, su desempeño en roles de pareja y parentales, la relación con su familia de origen y propia, así como el apoyo que puede recibir

de su medio más cercano, tanto afectivo como económico.

Los rasgos de personalidad previa son otra área a evaluar. Hemos señalado en el apartado anterior que los rasgos de personalidad que se asocian con ésta problemática, van más en la línea, sin tener que poseer una intensidad patológica, de la dimensión: *tendencia hacia el otro*, que implica los esquemas disfuncionales tempranos de: *subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento*. Por otro lado y en la dimensión *sobrevigilancia e inhibición*, solemos encontrar los esquemas: *control excesivo/inhibición y reglas implacables hiper crítica* descritos por Young (Gluhosky y Young 1997, Young 1999) y que se superponen con las descritas por Millon y Davis (1996), como variantes no patológicas de los trastornos anancástico u obsesivo y dependiente de la personalidad. Ello nos permitirá también sopesar la credibilidad que podamos otorgar a nuestra fuente principal de información, esto es, el relato del paciente.

Como pruebas complementarias, puramente a nivel de apoyo clínico, puede ser útil utilizar el cuestionario de *Esquemas Disfuncionales Tempranos* que se incluye como apéndice en el texto de Young de 1999 (recordando que no está traducido ni validado en población española), y alguna escala de síntomas, como la de Depresión de Beck, de Ansiedad, de apoyo familiar, etc.

Estrategias de intervención

El modelo de afrontamiento de Lazarus (Lazarus y Folkman 1986, Lazarus 2000, Casado Cañero, 2002) nos es útil en la planificación de las intervenciones psicoterapéuticas para este problema. Ello no significa un abandono de lo que es una evaluación del problema desde un análisis funcional y desde

una valoración clínica. Aportan a lo anterior una profundidad estratégica y permiten una planificación integrada de las diferentes intervenciones, estableciendo su pertinencia para el afrontamiento a la situación de conflicto en un plan individualizado y muy específico a sus necesidades y recursos. Esta orientación estratégica a las *víctimas* del *mobbing* ofrece un conjunto de conocimientos y habilidades eficaces para la comprensión y manejo de sus conflictos, problemas y vivencias presentes y futuras de forma autónoma y comprensible en el plano cognitivo y vital.

Los elementos estructurales de éste modelo, que nos servirán de heurísticos en la intervención son:

Los procesos de evaluación de la situación estresante:

- *Evaluación primaria.* Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo, de compromiso a su bienestar o hasta de supervivencia. Está íntimamente ligada a la evaluación secundaria.
- *Evaluación secundaria.* Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales, sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente.

El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como:

1. *Desafío o reto.* El sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y de logro.

2. *Amenaza*. El sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella y le genera claras respuestas ansiosas. Por tanto, su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz y oscila desde una actividad caótica, frenética, poco organizada, a la simple inactividad.

Es evidente que en el acoso moral o *mobbing* hablamos de una amenaza real que recae sobre nuestro rol profesional y laboral, que es fundamental para nuestra integración en nuestro entorno social, que es un elemento definitorio clave, tanto a nivel material como simbólico, de nuestra posición relativa en nuestra red social. Cuando éste se deteriora, se deteriora la imagen y los roles que proyectamos a los otros en todos los ámbitos, incluido el familiar, y con ello nuestra propia imagen y autoconcepto. Está descrito el proceso de corrosión del carácter que supone la pérdida de esta referencia (Sennett, 2000) y como la vivencia de rechazo, de pérdida de rol en el grupo de iguales, que es una, si no la mayor, fuente de angustia en todas las culturas (Pinker, 2003).

Tipos de afrontamiento

Afrontamiento dirigido al problema

Orientado a modificar su situación, hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia, y a claros sentimientos de gozo y alegría. El proceso implica un refuerzo del papel del sujeto en su entorno, tanto social como personalmente, facilitando una disposición anclada en la valoración de autoeficacia

ante futuros retos. En el *mobbing* es fundamental tener en cuenta el aspecto laboral e institucional del problema. Es necesaria una orientación estratégica a planificar con el paciente de acuerdo a sus necesidades y a poner en marcha por éste en el ejercicio de su autonomía. Es muy importante señalar que nuestra tarea es ayudar a que el paciente cree sus propias estrategias y utilice sus propios recursos. Ésta implica la movilización de recursos que tenga la persona a nivel social, laboral y familiar (relaciones sindicales, legales, contactos informales, etc.), con el objetivo de intentar resolver la situación. Esta solución de modo ideal pasa por la conservación de su trabajo y la recuperación de una relación adecuada con su entorno laboral. Para ello sería muy útil la existencia de una labor de mediación y reestructuración del entorno laboral por parte de los psicólogos del trabajo. Cuando ello no sea posible, por lo deteriorado de la situación, es fundamental establecer alternativas aceptables para el paciente y sus compromisos vitales, como un cambio de trabajo y orientación profesional, y a veces, hasta la aceptación de una situación de prejubilación. Es evidente que éste enfoque entra en ámbitos que sobrepasan la actuación meramente clínica, y que entran dentro de otras áreas de intervención: sindical, laborales, político y legales.

Es muy importante en este ámbito de la intervención aclarar con el paciente los límites de lo que podemos ofrecer. Es necesario tener claro, y transmitirlo también de forma clara a los pacientes, que sólo somos psicólogos clínicos, reconocer nuestra ignorancia en muchos temas y aconsejar que acudan a expertos en los mismos (abogados, sindicalistas, etc.).

Esos límites también han de estar claros con nuestra intervención en los procedimientos legales y judiciales, en los que normalmente acaban estas problemáticas.

Quienes trabajamos en el Sistema Sanitario Público, con todo lo que supone ello en nuestro quehacer (Casado Cañero, 1998), hemos de considerar que el paciente tiene derecho, según la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía, a recibir informe escrito sobre su estado y tratamientos realizados, previa solicitud por escrito, y que éste tiene la consideración de un documento público. Ello significa que no podemos negarnos a emitir un informe, si nos es solicitado en forma, y que éste ha de ser veraz con relación a la información que disponemos y limitado a lo relevante del estado clínico del paciente. Es importante aclarar desde el primer momento que nuestros informes serán veraces, no introduciendo en ellos datos no contrastados; en esa veracidad reside su fuerza. Vinculado a ello se encuentran las posibles citas en los juicios. Aquí es importante aclarar nuestra posición, valorando si nuestra intervención puede servir a la resolución del problema, *siempre tras citación por parte del juez como perito*, desde el principio de veracidad y relevancia clínica de nuestro dictamen.

Afrontamiento dirigido a la emoción

En este caso el foco no es modificar la situación, ya sea por considerar que no es posible en ese momento, o en ningún momento, o porque la modificación que podemos realizar no es plena. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento o un manejo a nivel no-real, sino ilusorio. Es en definitiva un intento de manejo no-funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto. A nuestro juicio juega un papel muy relevante tanto en los trastornos de ansiedad como en las depresiones (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Ellis 1996) y en los trastornos

de personalidad (Millon y Davis 1996; Beck y Freeman 1995; Young, 1999).

Es fundamental evaluar hasta que punto las estrategias dirigidas a la emoción son formas espurias o permiten el desarrollo por parte del sujeto, de mecanismos eficaces de manejo de las demandas de su medio. *Es un mecanismo sano, de adaptación funcional cuando, desde una valoración racional y ajustada, acepta y asume que hay situaciones y conflictos que no son resolubles y reversibles*. En tal caso, en el afrontamiento se realiza una reevaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza que significa, si realmente afecta a compromisos tan relevantes para nuestro necesario e imprescindible bienestar, hasta que punto es posible soportar y convivir con la situación, y la valoración de otros compromisos de orden superior a los comprometidos en ese momento.

Este tipo de afrontamiento parte de la aceptación de la realidad, de la limitación de nuestros recursos para modificarla, y en la valoración de la virtud como capacidad de tolerar y soportar, aspecto ya señalado por los autores de la escuela estoica. *No significa una renuncia al afrontamiento dirigido al problema, sino que se entrelaza con él, permitiendo una acción más ajustada, con metas más realistas, y por tanto más funcional*. Constituye en muchos casos el objeto de la terapia, no sólo la modificación de la situación en sí, sino el paso de un afrontamiento dirigido a la emoción disfuncional a otro funcional. Esto es especialmente claro en terapias más centradas en el proceso de evaluación cognitiva: *la reestructuración cognitiva* de Beck y *la terapia racional-emotiva* de Ellis.

En la problemática que nos ocupa es fundamental establecer este marco realista desde el inicio de la intervención. El paciente ha de ser consciente que en muchos casos *lo mejor es enemigo de lo bueno* y que no soluciona

nada una posición no-realista en la que se esperan soluciones absolutas e inmediatas. Aunque podamos estar de acuerdo con él en la justicia de sus planteamientos, esto tan sólo le servirá para no sentirse culpable en el mejor de los casos, pero no le ayudará a buscar alternativas realistas a su situación. Es necesario enseñar a aceptar que nuestros intereses y los de otros no han de coincidir, sino que pueden ir por caminos distintos, y es necesario buscar soluciones, componendas a veces, que permitan convivir esos intereses en una misma organización. Hay también que hacer reconocer que *otros nos pueden querer mal*, que el mal como componente de la conducta, es una elección que está dentro de la naturaleza humana, sin que ello signifique la presencia de locura o de ignorancia, puede ser una elección racional para conseguir unos objetivos, aunque sea amoral y rechazable (Arendt, 1999, Safranski, 2000). Esta visión, tan descorazonadora, es necesaria para poder hacerle frente de forma eficaz, para reconocer en la conducta de otros su presencia, así como para poder mantener íntegro nuestro autoconcepto cuando nos vemos afectados por él. Asimismo es necesario para poder aceptar, aunque signifique pérdidas dolorosas, aquella solución que en cada momento nos sea racional y moralmente más ventajosa y aceptable.

A modo de conclusión

Para terminar este trabajo volveremos a lo declarado en el comienzo. Esta es la visión de un psicólogo clínico sobre una problemática que ha saltado recientemente a la actualidad social, que ha dado lugar a varios éxitos de ventas en libros de divulgación y autoayuda, que ha generado alguna propuesta de ley y para la que han surgido varias asociaciones. Considero que todo ello es

importante si sirve para mejorar la situación de aquellas personas que lo sufren, no sólo el paciente, sino también su familia. Valoro que nuestra actuación como profesionales de salud mental reside en hacer un buen abordaje clínico, ser sensibles al sufrimiento que transmite el paciente, ofertar a éste una orientación terapéutica eficaz y ajustada. En este artículo pretendemos ofrecer una herramienta para ello, desde el convencimiento que esta problemática ha existido y ha sido abordada por los psicólogos clínicos desde mucho antes de su *descubrimiento* mediático.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *D.S.M. IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original de 2000).
- Arendt, H. (1999). *Eichmann en Jerusalem: un estudio sobre la banalidad del mal*. Barcelona: Lumen.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca (Edición original de 1987).
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Descleé de Brouwer (Edición original de 1995).
- Barón, M., Munduate, L. y Blanco, M.J., (2003). La espiral del mobbing. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 71-72.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB (Edición original de 1979).
- Beck A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós (Edición original de 1992).

- Casado Cañero, F.D. (1998). Algunas reflexiones sobre la incorporación de los psicólogos clínicos a los servicios de salud. *Apuntes de Psicología*, 16 (1- 2), 73-80.
- Casado Cañero, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones terapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20 (3), 403-414.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo conductual*. Barcelona: Paidós (Edición original de 1996).
- Gluhoski, V.L. y Young, J.E. (1997). El estado de la cuestión en la terapia centrada en esquemas. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Irigoyen, M.F. (1999). *El acoso moral*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (Edición original de 1984).
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer (Edición original de 1999).
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor and Francis.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1997). *M.B.I. Inventario Burnout Maslach (Manual)*. *Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.
- Martínez Pecino, R. (2003). Mobbing, una aproximación general al fenómeno. *Apuntes de Psicología*, 21 (3), 329-337.
- Millon, T.H. y Davis, R.D. (1996). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Mingote Adán, J.C. (1997). Síndrome "burnout": síndrome de desgaste profesional. *Monografías de Psiquiatría*, 9 (5), 1-44.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pinker, S. (2003). *La tabula rasa: la negación moderna de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae
- Safranski, R. (2000). *El mal, o el drama de la libertad*. Barcelona: Tusquets.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: An schema focused approach* (3ª Ed.). Sarasota, FL: Practitioner's Resource Series.