

Tratamiento conductual de un caso crónico de acoso moral, Moobing

S. Alario Bataller

Resumen

En este artículo se presenta la intervención cognitivo-conductual en un caso de mobbing, en la cual la exposición fue el elemento terapéutico fundamental.

Los resultados fueron satisfactorios, según los criterios múltiples de cambio conductual que se escogieron para el caso.

Los resultados conseguidos se mantenían cuando se llevaron a cabo los diversos controles de seguimiento, al mes, tres meses, seis meses y doce meses después de haber finalizado el tratamiento.

Palabras clave: Mobbing. Hostigamiento psicológico. Terapia cognitivo-conductual. Exposición.

Summary

The present article deals with the cognitive-behavioral intervention applied to solve the various emotional problems of a victim of mobbing. We applied a therapeutic strategy in which the exposure was the most important component.

The results were satisfactory if we take into consideration the multiple criteria of behavior change that were chosen ad hoc.

When we did follow-up controls, after 1, 3, 6 and 12 months, the results are the same.

Key words: Mobbing. Psychological harassment. Cognitive-behavioral therapy. Exposure.

Correspondencia: Dr. D. Salvador Alario Bataller
Clínica Psico-Médica
Avenida de Blasco Ibáñez, 126, 6º, 28ª
46022-Valencia.
E-mail: alario7@msn.com
Web: <http://www.clinica-psicomedica.iespana.es>

INTRODUCCIÓN

El vocablo *Moobing*, pese a sus grandes resonancias de actualidad y de novedad, alude a un fenómeno conocido hace mucho tiempo en las ciencias biomédicas con el nombre de *síndrome del chivo expiatorio* y también *síndrome de rechazo del cuerpo extraño* (González de Rivera, 2000).

Se trata también de una situación más referida que estudiada (rigurosamente, se entiende), de la cual se habla con frecuencia a despecho de su falta de objetivación y de contemplación en el marco legal vigente. En efecto, traducido normalmente como acoso moral, psicológico, institucional, organizacional, entre otros, ha sido, hasta ahora, escasamente estudiado y con el menor rigor, predominando ensayos, estudios anecdóticos, descriptivos y especulativos, principalmente de corte psicodinámico. Brillan por su ausencia los estudios controlados, los de grupos, y tampoco disponemos de estudio de casos (N=1) que, aún no siendo probatorios, poseen cierto grado de objetividad y resultan altamente sugerentes.

Clínicamente, como se verá inmediatamente, el mobbing se traduce en un síndrome de características definidas que afecta severamente la salud mental del individuo y, más allá, posee considerables implicaciones en el área económica y social.

El concepto de acoso grupal dimana de la etología y fue introducido por Konrad Lorenz, denotando una situación en la que se produce el ataque de una coalición de miembros febles de una misma especie contra uno más fuerte. En la actualidad, en los grupos humanos y sus múltiples formas de interacción, se refiere a situaciones en que el sujeto es agredido, mancillado, presionado, perseguido, agraviado u hostigado psicológicamente por uno o varios miembros del grupo de pertenencia, constatándose una de las variopintas formas de violencia que casi parecen ya una metáfora de nuestro tiempo.

El acoso moral representa una de las experiencias más traumatizantes y devastadoras que puede sufrir un ser humano en situaciones habituales, constituyendo una innegable agresión en su mismo grupo social de referencia (vbgr., Shuster,

1966; cit., González de Rivera. 2000). Además, se le debe discernir del rechazo social y de la desatención social, ya que, en el primero, el sujeto sufre la exclusión de su grupo y en el segundo se le ignora, llanamente. En ambos casos no se da el grado de violencia, soterrada o manifiesta, inherente al acoso psicológico, al cual se le ha denominado incluso como psicoteror, y el término no anda equivocado. Del mismo modo, tampoco debe confundirse con el síndrome del estrés o desgaste profesional o burn-out, fundamentalmente en su forma patoplástica depresiva, con síntomas tales como tristeza, desmotivación, apatía, sentimientos de impotencia, psicastenia, falta de adaptación, abatimiento, baja autoestima, absentismo laboral (inducido por evitación de la misma situación estresante) y valoración negativa hacia uno mismo y hacia la vida en general, deterioro del rendimiento y baja o nula gratificación en el desempeño del trabajo, etc. Sin embargo, soslayando similitudes en cuanto ansiedad, estrés y disforia del sujeto ante la situación laboral, el desgaste no comporta la violencia, el acoso, el rechazo, en suma la agresividad y el desdoro por parte de los demás. El desgaste tendría más ver con una situación altamente demandante, donde se produce una falta de recursos humanos y técnicos, y también de apoyo para realizar eficazmente un trabajo.

El mobbing puede darse en cualquier contexto social o laboral, desde la escuela al hospital, del ministerio al juzgado, predominando sobre todo en instituciones cerradas, en las cuales el poder y el control subsiguiente constituyen factores indispensables para el rendimiento y el éxito. Así mismo, el mobbing puede aparecer tanto en contextos conservadores como en aquellos que teóricamente debieran ser democráticos y es en estos últimos donde el fenómeno suele generar más asombro e indignación, dado que, presumiblemente, instituciones de laya democrática tendrían, por naturaleza, que salvaguardar la integridad de los individuos. De esta forma, se ha descrito en escuelas, en las fuerzas armadas, en las cárceles y en las empresas, siendo siempre más probable que se genere en contextos altamente jerarquizados.

En el mobbing esencialmente se produce una

situación problemática en la que se da un conflicto asimétrico entre dos partes, el hostigador, con mayor poder, prerrogativas, medios y capacidad destructiva, y la víctima que ocuparía, en las condiciones señaladas, un nivel inferior (Martín y Pérez, 2002). El acoso se produce mediante una serie de actitudes y conductas, muchas veces de difícil objetivación, de las cuales las más habituales se reproducen en el cuadro 1. En suma, lo que caracteriza al mobbing es un intencionado maltrato de palabra, de conducta, de actitud, esencialmente cruel, con el fin de la destrucción psicológica de la víctima y su exclusión del grupo, con graves implicaciones para el plano mental, la dignidad, la vida económica y social en general de la persona afectada. Es, en definitiva, una expresión más de la violencia humana.

Debido a ser un fenómeno de interés “reciente” y a su referida difícil constatación y objetivación, no se dispone de estudios rigurosos sobre su incidencia y prevalencia. En nuestro país, existe, en este sentido, una línea incipiente de investigación. Por ejemplo, en la encuesta de la Universidad de Alcalá Cisneros II, sobre “violencia en el ambiente laboral”, un 7% de los encuestados comunicaban padecer algún trastorno psicológico derivado del acoso laboral y un 52% de las personas que manifestaban un cuadro sintomatológico atribuible al mobbing referían también problemas de salud que reconocían consecuentes al mismo (El Mundo, 2002).

Disponemos de algunos trabajos en los cuales se señala que las personas con riesgo de ser victimizadas son diferentes, en apariencia, inteligencia, conducta, actitudes y valores respecto al grupo a que pertenecen. Su presencia puede representar un cuestionamiento, un peligro o una amenaza para los principios, normas o creencias en las cuales se sustenta el mismo grupo (v., González de Rivera, 2000). Esa amenaza no es real en muchas ocasiones, pero deviene en el acicate para que aparezca la presión grupal sobre el sujeto.

Por otra parte, respecto al perfil de los sujetos riesgo, se han distinguido tres grupos, es decir, los envidiables, los vulnerables y los amenazantes (González de Rivera, 2000). Los envidiables serían personas brillantes, atractivas que, por ello,

serían percibidos como amenazantes o peligrosos los mismos líderes del grupo, que, ante ellos, se sentirían cuestionados. Los vulnerables serían tales por poseer alguna deficiencia o peculiaridad que pudiera constituir un objetivo para los ataques, o bien ser sujetos con vulnerabilidad emocional, dependientes, depresivos, con baja autoestima o con cuadros definidos de ansiedad social, y, a causa de esto, susceptibles a ser manipulados y más proclives a generar cuadros patológicos importantes. En tercer y último lugar, los amenazantes, serían personas trabajadoras, eficaces, activas, cuya entrega al trabajo delataría la inoperancia del grupo, por lo cual éste, sintiéndose amenazado, actuaría hostigando al individuo.

Por otro lado y en lo concerniente al perfil del acosador o agresor, se le ha descrito como celoso profesionalmente, manipulador, distorsionador, envidioso, autoritario, cruel, falto de conciencia moral o de sentimientos de culpabilidad (Piñuel, 2002). Junto a ello, resultaría patente su capacidad de simulación y egocentrismo que, junto a todo lo anterior, dibujarían el rostro del psicópata o de la persona, nada infrecuente en nuestra sociedad, que adopta, sin serlo necesariamente, comportamientos psicopáticos para medrar o desarrollar su trabajo, aún a costa del derrumbe del prójimo por la imposición de su poder. Estaríamos ante el camaleonismo típico de estos individuos, algunos de ellos psicopatas *pur sang*, que mostrarían una aparente buena adaptación social (Garrido, 2000; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). En relación con lo anterior, también se ha descrito al denominado *psicópata organizacional*, legalmente no delincuentes, pero que en determinados ambientes ejercerían el acoso impunemente (v., Piñuel, 2002).

En el proceso de acoso es habitual la figura del maltratador principal, un ser narcisista, perverso y paranoide, al cual respaldan los acosadores secundarios en función de su autoridad o carisma (González de Rivera, 2000). Por los mismos rasgos narcisistas y paranoides, justifica siempre sus actos perversos, como algo debido, justo inclusive. Además, también suele apreciarse la presencia de ciertos individuos, que no intervienen, sino que se inhiben a causa del miedo o para sacar beneficio de la situación, (una mejora laboral, vaya por caso) cuando la

Cuadro 1
Comportamientos inherentes al acoso laboral (modificado de Zapf, Knorz y Kulla, 1996).

<p><i>1. Ataques a la víctima con medidas organizacionales</i></p> <p>a. El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar. b. Cambio de la ubicación del sujeto separándolo de sus compañeros. c. Prohibición a los compañeros de hablar a una persona determinada. d. Se obliga a realizar al sujeto tareas en contra de su conciencia. e. Juzgar su comportamiento de manera ofensiva o despectiva. f. Cuestionar las decisiones de la persona. g. No asignar tareas a la persona. h. Asignar tareas sin sentido. i. Asignarle tareas muy por debajo de su calificación o capacidad. j. Asignarle tareas degradantes.</p>
<p><i>2. Ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social</i></p> <p>a. Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar a una persona. b. Rehusarle la comunicación a través de la mirada o de los gestos. c. No comunicarse directamente con ella. d. No dirigirle la palabra. e. Ignorarlo completamente, tratarlo como si no existiese.</p>
<p><i>3. Ataques a la vida privada</i></p> <p>a. Criticar permanentemente su vida privada. b. Terror telefónico. c. Hacerle parecer estúpida. d. Darle a entender o atribuirle problemas psicológicos. e. Burlarse de sus capacidades personales. f. Imitar, en bafa, sus gestos, maneras y voz. g. Burlarse abiertamente de su vida privada.</p>
<p><i>4. Violencia física</i></p> <p>a. Ofrecimientos sexuales, acoso sexual, violencia sexual. b. Amenazas de violencia física. c. Uso de violencia menor. d. Maltrato físico.</p>
<p><i>5. Ataques a las actitudes</i></p> <p>a. Atacar sus actitudes y creencias políticas. b. Atacar a sus actitudes y creencias religiosas. c. Burlarse de su nacionalidad.</p>
<p><i>6. Agresiones verbales</i></p> <p>a. Gritar o insultar. b. Criticar permanentemente su trabajo. c. Amenazar verbalmente.</p>
<p><i>7. Rumores</i></p> <p>a. Hablar mal a sus espaldas. b. Difundir rumores.</p>

víctima, habitualmente más capaz e íntegra, sea apartada del grupo. A lo anterior hay que agregar que, para algún autor, los acosadores responderían al perfil de la envidia y de la mendacidad, de la llamada "mediocridad inoperante activa", integrada por sujetos mediocres, mentirosos, sin mayores luces, de poco mérito y menor esfuerzo, quienes siempre envidiarían la calidad y la inteligencia ajena, que intentarían destruir por medio de las presiones características del acoso moral (Irigoyen, 2002).

Las consecuencias del *mobbing* pueden ser diversas, afectando no solamente a la salud física y mental de la víctima, sino que asimismo se observan graves implicaciones a nivel económico y social (familiar, amical, etc.).

En el ámbito psicológico, el *mobbing* puede generar diversos cuadros, siendo la ansiedad el más relevante. En un principio, además del desconcierto, aparece un sentimiento de amenaza y la experiencia del miedo. Consecuentemente, aparece un cuadro de estrés, junto a irritabilidad, hiperactivación simpática, somatizaciones por tensión emocional (jaquecas, dolores de cuello y espalda, etc.), cuadros obsesivos, todo ello en relación con situaciones perturbadoras o presumiblemente amenazantes, además de insomnio, pesadillas, disforia y problemas de atención, concentración y rendimiento (González de Rivera, 2002). Cuando el maltrato persiste y se cronifican los problemas, pueden aparecer cuadros depresivos reactivos, con síntomas objetivo como la impotencia, la desmotivación, tristeza, pérdida de interés por personas y cosas, entre otros. El cuadro depresivo puede asociarse a la experiencia crónica de la ansiedad (lo que el autor ha observado más frecuentemente) o bien llegar a constituir propiamente una depresión clínica, respondiendo a una de las muchas formas que pueden relacionarse el binomio ansiedad-depresión (v., Alario Bataller, 1.993). Así mismo, si la situación persiste, pueden generarse trastornos de ansiedad específicos, como el trastorno por estrés postraumático, comportamientos substitutorios, siempre patológicos, compulsivos e ineficaces, en orden a solucionar el malestar, como abuso de alcohol y otras adicciones químicas y no químicas. Del mismo modo, en personas vulnerables o con patologías preexistentes, el

maltrato psicológico puede llevar al agravamiento de cuadros previos (como la fobia social, cuadros paranoides, etc.). También se descubren trastornos psicómaticos (digestivos, hipertensivos, etc.).

Por otra parte, en situaciones inescapables, de presión continuada, con la presencia de cuadros depresivos y alta desesperanza, la posibilidad del suicidio es algo a tener muy presente, es una posibilidad siempre a considerar, dependiendo de factores diversos. (López y Camps, 1999). Puede aparecer cuando se produce el total desamparo, la desesperanza, cuando la agresión sobrepasa la capacidad de control del sujeto. Va también a depender de una serie de factores, como la intensidad y cronicidad del hostigamiento, la vulnerabilidad individual, la existencia previa de problemas psicopatológicos, la pérdida o deterioro del trabajo como fuente de gratificación personal, la falta de recursos personales y de apoyo familiar o social, los problemas conyugales y económicos, la atribución de la culpa a uno mismo, la imposibilidad de eludir la situación de acoso, etc. Se ha señalado que el riesgo es especialmente relevante en profesionales altamente cualificados, para los cuales el desempeño laboral y sus gratificaciones se erigieron en una motivación vital de carácter capital. En algunos casos, a modo de protesta o venganza, la autólisis puede provocarse en el mismo entorno laboral y ante la observación de los elementos hostigadores (Leymann, 1993).

Una de las características más sobresalientes del acoso moral es el desamparo, la indefensión e impotencia, la incredulidad de la persona y su incapacidad de comprender aquello que le está sucediendo, además de la imposibilidad de defenderse, lo cual agrava y cronifica los problemas emocionales que se van generando. En muchas ocasiones, cuando se estudia el estrés profesional, suele centrarse en la reactividad emocional, cuando en realidad lo que resulta problemático es el entorno, en el cual el sujeto es una víctima de una situación insuperable a menos que se modifique por la vía adecuada. Una situación objetivamente destructiva, tan devastadora como suele serlo el acoso grupal, no puede soportarse a menos que se modifique o que uno escape de ella. Por eso, como hemos de ver ulteriormente, la intervención terapéutica irá encaminada a ayudar

al afectado a salir de una situación altamente perturbadora o a eliminar sus efectos. Después, no resulta infrecuente encontrar personas que, aún sin la existencia de peligro, reproducen los problemas generados por el mobbing en nuevos contextos laborales y con sus relaciones grupales correspondientes, lo cual resulta demostrativo de la existencia de importantes trastornos emocionales.

Se ha informado que el acoso moral se desarrollaría a través de 4 fases, es decir, la fase de conflicto, la fase de *mobbing* propiamente dicha, la fase de intervención desde la empresa y, por último, la fase de marginación o de exclusión de la vida laboral (Martín y Pérez, 2002). Si bien dicha clasificación se ha aplicado principalmente al estudio del maltrato psicológico en las empresas, es extrapolable, en sus líneas genéricas, a cualquier tipo de acoso moral en los grupos humanos.

Como quedó dicho, la fase de conflicto puede generarse en cualquier situación donde haya una interacción humana, sea un hospital, un ministerio, un seminario, un departamento universitario, etc. En los grupos humanos son esperables y frecuentes los conflictos, si bien existen vías diversas para darles solución. En personas diferentes en su ideología, principios, creencias, cultura, etc., pueden aparecer choques que no se resuelvan de manera adecuada (por diálogo, acuerdos, modificación de las circunstancias, o atenuación del conflicto a lo largo del tiempo) y el problema pervive, se cronifica.

La fase de mobbing propiamente dicha o estigmatización comienza cuando una de las partes integrantes del conflicto empieza a comportarse abusivamente, hostigadoramente, del modo anteriormente indicado. En el maltrato pueden verse implicada una o varias personas, que actúan destructivamente hacia el que consideran una amenaza o un peligro para el grupo.

Esta situación destructiva suele cronificarse porque se provocan conductas de negación y de evitación de la realidad por parte de la víctima, de otras personas del grupo, de las organizaciones de apoyo (sindicatos, por ejemplo) y de aquellas personas que detentan el poder (un catedrático, un empresario, un director general, vaya por caso). A ello hay que añadir la dificultad inherente a la hora de probar el maltrato y las

deficiencias o carencias legales para solucionar el problema, todo lo cual adyuva a que esta fase se mantenga en el tiempo. Así, en Suecia, por ejemplo, esta fase suele durar, de media, 1,3 años, antes de que tenga lugar la tercera fase o de intervención de la empresa (Leymann, 1984).

A priori, la intervención desde la empresa podría entrañar una connotación positiva, ya que se perseguiría la eliminación del acoso por parte de los estamentos superiores o de quienes pudieran tener competencia para ello. Esto supondría la toma de medidas legales y las sanciones correspondientes, así como el fomento del diálogo entre los implicados, educación sobre la naturaleza del mobbing y su prevención, cambio de puesto laboral, etc. Pero, por lo común, que es lo negativo, la empresa suele actuar culpabilizando a la víctima, incluso desembarazándose de ella no pocas veces, todo lo cual agrava notablemente su situación personal y social. El despido suele producirse después de bajas sucesivas, que perpetúan el conflicto y raramente se llega a una solución apropiada, sino a la baja definitiva o a la invalidez. En este estado permanente de características negativas, se inicia la última fase, la cuarta en la enumeración precedente.

La cuarta fase implica la marginación o exclusión de la vida laboral, caracterizándose por bajas frecuentes, cada vez más amplias y, por último, la exclusión definitiva de la vida laboral. Subsiguientemente, aparecen problemas económicos, familiares y sociales, aumentando la peoría emocional de la víctima. Junto a ello, las cargas económicas y sociales para el estado no son desdeñables (v., Leymann, 1993, para Suecia). En esta fase el sujeto ya manifiesta diversos trastornos psicopatológicos, a los cuales deben sumarse los problemas económicos y familiares.

Como en este asunto lo problemático no es tanto la reactividad emocional como el desencadenante, antes que el tratamiento individual, debiera pretenderse la modificación del contexto grupal de pertenencia, estructura anómala y hostigadora. De no ser este el caso, ninguna persona podría permanecer en esa situación devastadora durante un tiempo largo. En ella existe realmente un peligro para la integridad física y moral del sujeto, todo lo contrario que en otros cuadros donde la definición del problema, esencialmente,

arranca de la activación emocional en ausencia de un peligro real, como en los trastornos de ansiedad. (v., Alario Bataller, 1999, Echeburúa, 1992). Además, las secuelas emocionales del mobbing se pueden generalizar a otros contextos grupales o laborales inocuos, evocándose los mismos trastornos que en la situación traumática inicial.

En lo relativo a la evaluación, en nuestro país no disponemos de ningún instrumento estandarizado, si bien se han publicado estudios descriptivos sobre consecuencias (López et al., 1994), además del autotest Cisneros (Piñuel, 20002).

En otros países, hay algún instrumento estandarizado, que pretende determinar la incidencia del mobbing, como el LIPT, *Inventory of Psychological Terrorization* (Leymann, 1990), así como las consecuencias, sobre todo sintomatología psicósomática producida por estrés, como el Test de Salud Total (Langner, 1962, cit., Martín y López, 2002) o el Cuestionario General de Salud o GHQ (Goldberg, 1972, cit., Martín y López, 2002).

En lo concerniente al tratamiento, la mayoría de publicaciones son de tipo psicoanalítico, que no hemos de considerar aquí. Por lo que hace a la terapia de conducta, los trabajos son muy escasos.

Previamente a cualquier consideración específica, el primer paso consistiría en la detección y denuncia del acoso, el apoyo social y la solución efectiva del problema. Básicos y poco eficientes pueden ser los consejos del médico de la empresa, los tratamientos farmacológicos, el apoyo de los amigos o de algún compañero, la psicoterapia, a menos que se modifique una situación objetivamente punitiva. Incluso solucionándose la situación, como a través de un cambio de puesto laboral por ejemplo, estresante, aún así existirán personas que arrastrarán el problema más allá de la situación original y los problemas emocionales podrán parecer, mediante un proceso de condicionamiento, en situaciones semejantes, que ya no entrañen peligro. Esta contingencia aparecería altamente asociada al grupo de las personas vulnerables que hemos referido al principio (v., González de Rivera, 2000).

Mientras la persona aún pueda defenderse, en la misma situación de acoso pueden servir de ayuda técnicas conductuales encaminadas a redu-

cir, en primer lugar, al estrés, mediante relajación progresiva, lo cual ayudaría también al control del insomnio, la ira y, en general, la ansiedad. Así mismo, el entrenamiento en asertividad, será útil cuando no se de peligro para el sujeto después de la autoafirmación, en cuyo caso no solamente no serviría de nada sino que sería contra-productos (v., Smith, 2000).

Del mismo modo, usualmente combinada con terapia conductual, la terapia cognitiva ayuda al paciente a detectar y, bloquear y reevaluar los pensamientos negativos provocados por la situación de acoso y a través de la reestructuración cognitiva, el sujeto puede cuestionar e invalidar los esquemas depresógenos y ansiógenos subyacentes a sus reacciones emocionales, en un intento de superar su sentido de responsabilidad en el trauma, su culpabilización, atribuyendo adecuadamente el origen de sus problemas a la situación desencadenante, para poder tomar las decisiones apropiadas. Pero si el acoso persiste, nada podrá impedir el derrumbe personal, a menos que la persona se salga de la situación.

Por otra parte, en cuanto a la prevención, se ha enfatizado la mejora de la estructura laboral y las relaciones mismas, así como poder disponer de un trabajo poco estresante, capacidad de decisión y alto control sobre el trabajo, junto a la disposición de las habilidades para detectar y resolver conflictos, derecho a la queja, sistemas de mediación, consultorio psicológico en el lugar de trabajo, además de educación de los miembros del grupo en lo relativo a sensibilidad social, resolución y manejo de conflictos y, en general, entrenamiento en habilidades sociales (Martín y López, 2002).

En definitiva, en lo concerniente al tratamiento del mobbing se debe concluir que no disponemos de estudios sistemáticos para valorar la eficacia diferencial de las distintas alternativas terapéuticas, ni mucho menos los que determinen el peso terapéutico de los componentes de una estrategia de intervención determinada.

El marco interpretativo más apropiado para explicar el acoso moral es el *modelo del desamparo aprendido* (Seligman, 1981). Incluso se habla de un *síndrome de desamparo aprendido o condicionado* (Scialpi, 1999, 2002), considerándose uno de los problemas más severos asocia-

dos a la violencia. En resumen, el desamparo o indefensión consiste en que cuando un ser vivo, humano o no, se encuentra en una situación de violencia, tratará en principio de adaptarse a la misma, de modo que cuando cesa y se tiene libertad, el sujeto ha perdido la capacidad o el instinto para defenderse, encontrándose deteriorado física y psíquicamente, cayendo en la apatía, en la desmotivación. En términos generales, cuando existe una normalización de la violencia, se produce el sentimiento de incapacidad para defenderse de lo que se tiene por “inamovible” o se percibe como “normal”. Un ejemplo claro de ello es el “síndrome de la mujer golpeada”, estudiado por Walker (cit., Scialpi, 2002). Del mismo modo, se ha aducido que el ser humano se habitúa a las agresiones, se acostumbra a la violencia, normalizando así lo anormal, perdiendo la capacidad de huida o de lucha, afectándose su dignidad, uno de sus valores esenciales (Pinkola, 1998). Con ello, se pierde el instinto de defenderse, la capacidad natural de lucha, apareciendo en su lugar la renuncia, la inhibición y la patología. Dicha indefensión o desamparo se alzaprima cuando se produce en instituciones democráticas y cuando, los que poseen el poder, no le ponen remedio.

MÉTODOS

Sujeto

M era una mujer de 37 años que trabajaba como letrado desde hacía 8 años en un prestigioso bufete. Pese a ser una profesional que había logrado con tesón un merecido reconocimiento, confesó experimentar, desde antiguo, dificultades a la hora de desempeñar sus funciones de abogado, principalmente cuando celebraba un pleito y se veía obligada a hablar delante del juez, fiscal, letrados y demás personas concurrentes. Atribuía esta dificultad a sus rasgos personales, que le venían desde niña, ya que, según palabras propias, siempre fue tímida, insegura, con sentimientos de inferioridad, una persona nerviosa, que se lo tragaba todo y que solamente con grandes dificultades era capaz de relacionarse con la gente. Había pensado que con los años y con sus actuaciones profesionales, su

inseguridad acabaría desapareciendo, pero no fue así en realidad; si bien disminuyó un tanto durante los primeros años, últimamente el problema se había acentuado. Se lamentó de que la gente siempre decía que ella era una persona fuerte, segura, tranquila, aunque era muy consciente del estado continuo de ansiedad en el que vivía desde hacía mucho tiempo y de los esfuerzos que tenía que realizar para que no se le notase y arrogarse el beneplácito, la aprobación de la gente.

Le resultó novedoso saber que sus dificultades eran debidas a un trastorno de ansiedad determinado, por cuanto creía haber nacido así, asimilando que su nerviosismo resultaba básico en su personalidad y que difícilmente podría cambiar. Para conseguir aclarar las cosas, se le habló largamente sobre el tema y se le dio a leer libros y artículos concernientes al tema de la fobia social.

No obstante, ella había acudido a pedir terapia a causa de haber sido despedida hacía ya más de un año de su anterior sitio de trabajo y por la angustia que experimentaba ante la posibilidad de volver a trabajar en otro despacho, aunque fuese un trabajo propio, compartido con un primo, persona de gran confianza, y, en realidad, la segunda persona con la que se había sentido relativamente cómoda desde que tenía recuerdos.

Refirió haberse sentido siempre diferente a los demás, en sentido negativo, desde niña. En el colegio la trataban como al “patito feo” y nunca tuvo una amiga íntima. Por lo demás, sus padres, personas sencillas, la educaron siempre en un sentido estricto de la responsabilidad y del miramiento social. Jamás manifestaron afecto hacia ella, si bien, según dijo, no le faltó de nada. No existieron malos tratos, pero jamás tuvo una palabra amable, un abrazo, una muestra de ánimo y aprobación por parte de sus progenitores. Solamente con su primo hermano mantuvo alguna relación tanto en la infancia y adolescencia, como posteriormente, cuando ambos, de la misma edad, se vinieron a Valencia a estudiar. El hizo economía y, acabada la carrera, se puso a trabajar de profesor en la facultad y ella, como hemos de ver, cogió la oportunidad que el futuro le brindó.

Tomando como lema el “piensa mal y acertarás” y “el cuidado con la gente que te dañará”,

dos de los principios educativos fundamentales de su familia, acabó la carrera de derecho en los cinco años correspondientes, aunque debido a sus miedos, como el examinarse, preguntar en clase, relacionarse con los compañeros, entre otros, ese tiempo representó un auténtico calvario. Debido a su excelente expediente académico, uno de sus profesores le pidió que hiciese prácticas en su despacho y después, viendo su diligencia, la empleó definitivamente. Con este hombre se sintió apoyada, reconocida, segura, y constituyó un hito en su vida, siendo a la vez casi como un padre, hasta que murió, pocos años después, a causa de un infarto.

Reconoció que sin su apoyo no hubiera podido soportar el estrés laboral ni el agobio de las causas, aunque era el profesor quien se ocupaba de los casos realmente difíciles. A la vez, iba postergando el iniciar la tesis doctoral, cosa en la que insistía su jefe, en vistas a ejercer también una labor académica.

Nunca había tenido un hombre a su lado, porque evitaba la ocasión, debido a que se veía una mujer poco atractiva y aburrida, y estaba convencida de que nadie la podría querer sinceramente. Como poco la engañarían y asumió no tener más problemas que añadir a los que ya tenía. Era una mujer atractiva ciertamente, aunque descuidada en su apariencia, pero había ciertos rasgos físicos que decía que la afeaban (las piernas demasiado largas y poco pecho); padecía con ello una dismorfofobia, que aparece a veces incluida en la fobia social generalizada, agravándola.

Los problemas, los que ella hasta entonces reconocía como tales, comenzaron cuando el hijo del profesor se hizo cargo del bufete. Anteriormente se dejaba caer de vez en cuando por el despacho y llevaba algún que otro asunto baladí, pese a tener terminada la carrera y disponer del ejemplo la figura paterna y de un bufete reconocido. Hombre más dado a la francachela y a la conversación de bar y, en suma, a la molicie de la vida prosaica, era incapaz de llevar a cabo aquella empresa y, en vez de contar con la experiencia de M, puso en el directorio a un primo suyo, aparentemente competente, pero con rasgos personales que coadyuvaron definitivamente a empeorar los problemas nuestra paciente.

En el despacho, junto a M trabajaban dos

abogados, una secretaria y un pasante, con los cuales se había limitado a mantener, a lo largo del tiempo que estuvo empleada, una relación correcta, pero exclusivamente de tipo profesional. Nunca daba oportunidad para la intimidad o para la confianza, por temor a que la rechazasen, aunque paralelamente buscaba con desvelo la aprobación de los demás, afectándole sobremedida el que no la amasen o apreciaran, todo lo cual resulta común denominador en la ansiedad social.

Con la llegada del joven jefe, tres años menor que ella, dogmático, perfeccionista, pero tiránico y desaforado a veces, comenzó a cambiar el clima de aquel despacho que había sido, para ella y hasta cierto punto, un bálsamo en su largo sufrimiento. Ahora, junto a la ansiedad que le provocaba la nueva situación, el recuerdo permanente de su antiguo jefe en aquel lugar que habían compartido, la tenía sumida en un estado de tristeza y abatimiento que veía crecer día a día.

Pronto comprendió que la competencia de su nuevo jefe no era más que fachada, pues en el fondo era una persona insegura y mediocre. Eso se patentizó durante las primeras conversaciones profesionales, donde el otro tomó la medida de la superioridad profesional de M. Desde ese momento se distanció de ella y solamente la hablaba en momentos en que era necesario. La gente de autoridad siempre la amedrentó, pero que además la ignorasen vino a agravar su estado, máxime cuando, sin que se lo llegase a explicar, comenzó a notar que también sus compañeros la dejaban de lado, que apenas la hablaban y que alguno, sobre todo el abogado más cercano a su jefe, la dejaba incluso de saludar. Aunque nunca durmió bien, ahora el insomnio se agravó, se intensificaron los dolores musculares y las jaquecas, y aquel cansancio, que ella refería como congénito, iba acreciendo.

Además, llegaban a sus oídos comentarios, palabras sueltas que ella encajaba al principio con incredulidad y con dolor después, algunas risas se disparaban cuando ella pasaba y el jefe ya ni la miraba. Era su segundo quien, con actitud despótica, le encargaba los casos más difíciles, aquellos que había evitado siempre. Además cambiaron de restaurante a la hora de comer y, aunque antes la invitaban, nadie lo hacía ahora,

cuando había algo que celebrar, como un cumpleaños. Ella, angustiada, como siempre, no se atrevía a despegar los labios.

En la defensa de un caso, ante un magistrado especialmente severo, se quedó en blanco y fue reprendida varias veces por el juez. No pudo acabar con el juicio y hubo de sustituirla un compañero, reintegrándose al despacho con un profundo sentimiento de desolación ante aquello que representaba para ella el principio del desastre, su primera gran derrota personal, la confirmación de que no valía nada. Además, el jefe ahora comentaba el caso delante de los demás y ya se le reían a la cara, sin el menor subterfugio.

Aduciendo depresión, pidió la baja durante unas semanas, pero al regreso, las cosas no habían mejorado. La relegaron a un sitio segundón, donde hacía las tareas irrelevantes, donde se ocupaba de tareas más propias de la secretaria y además, no solamente el jefe, sino los demás criticaban constantemente cuanto hacía, siempre había un “pero” en cada escrito que mecanografiaba. Hablar ya apenas hablaba.

Ella se sentía desamparada, culpable por aquellos errores y escaso rendimiento que la habían llevado a aquella situación. Antes funcionaba bien, mal razonaba, porque poseía la ayuda de don Juan, pero ahora que él ya no estaba se veía lo inútil que era. No se atrevía a decir nada, cada vez más sola y relegada, y además comenzó a refugiarse en casa y en la cama, sumergida en la inercia y en las lamentaciones. Cada vez más deprimida llegó el momento en que no pudo desear otra cosa que no volver al trabajo y pidió una segunda baja. Al volver, aliviado un tanto de su malestar emocional al cabo de tres semanas, se encontró, junto con los reproches del jefe, con la presencia de una joven ocupando su puesto de trabajo. El jefe la amenazó con el despido a la semana siguiente, que cumplió a las tres semanas de su retorno al trabajo. El despido se llevó a cabo con indemnización, pero no la correspondiente. M se hundió más profundamente, pero o no fue capaz de recurrir a magistratura para defender sus derechos.

En ese tiempo la ideación suicida era una contingencia que no la abandona, y se iba hundiendo cada vez más, hasta que medió su primo y la instó a buscar ayuda. Además, había dejado la

facultad y deseaba abrir una gestoría, que compartiría con ella si era su deseo. También, sin prisas ni presiones, podría combinar este trabajo con el de abogada en el bufete de un amigo suyo, con el cual le aseguró que no tendría ningún problema.

En estas circunstancias acudió a nuestra consulta. Evitaba constantemente el contacto social y a duras penas salía a la calle, aunque se empujaba a ello; la ayuda de su primo resultó encomiable para que comenzase a revivir, a hacer frente a su caos personal. No obstante, la anticipación de volver a trabajar suscitó sus antiguos miedos, si bien la situación era ahora diametralmente opuesta.

No sufría ataques de pánico ni satisfacía los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático, aunque la fobia social era grave y se encontraba asociada, en aquel tiempo, con un cuadro depresivo severo que, no obstante y como suele suceder, fue disminuyendo a medida que se conseguían los primeros objetivos terapéuticos.

Como vemos nuestra paciente había pasado por el proceso característico del mobbing: la fase de conflicto, la fase de mobbing propiamente dicha y la fase de marginación o exclusión grupal, con la generación de un cuadro psicopatológico definido.

Procedimiento

Se empleó para el caso un diseño de replicación intrasujeto con más de un componente: A,B,C,D,E... (N=1). Posteriormente a la determinación de la línea base, se aplicó una estrategia de intervención cognitivo-conductual durante un año, con dos sesiones semanales de una hora durante los cinco primeros meses, las cuales se fueron espaciando cuando se fueron consolidando los resultados esperados y previamente concretados en los criterios múltiples y específicos de modificación conductual (v., Alario Bataller, 1993). Los controles de seguimiento se realizaron al mes, tres meses, seis meses y al año de haber finalizado la terapia.

Evaluación

Nuestra paciente mostraba diversos cuadros de ansiedad, algunos preexistentes, que el acoso

moral había alzaprimado de manera notable. Existía también un cuadro depresivo grave, asociado al trauma y que, predijimos, iría disminuyendo a medida que se lograra controlar la ansiedad, principalmente de tipo social. Junto a ello existía alguna fobia específica que no comentaremos en este lugar, centrándonos exclusivamente en la evaluación de los problemas generados o avivados por el mobbing.

Para la evaluación conductual, empleamos los siguientes instrumentos diagnósticos:

1. Entrevista.
2. Autoinformes:
 - 2.1. Inventario de personalidad de Willoughby, IPW (v., Wolpe, 1958).
 - 2.2. Inventario de miedos de Wolpe y Lang, IMWL (v., Wolpe, 1958).
 - 2.3. Inventario de depresión de Beck, según la versión castellana de Conde y Colaboradores, IDB (Conde et al., 1976).
 - 2.4. Escala S-S de Bernreuter, E S-S (v., Wolpe, 1958).
 - 2.5. Escala breve de fobia social, EBFS (Davidson et al., 1991).
 - 2.6. Escala de inadaptación de Echeburúa et al., EAE (2000).

Los datos dimanantes de las medidas de autoinforme sirvieron para obtener información relevante con la cual llevar a cabo la evaluación conductual, con sus correspondientes análisis funcional y topográfico de las conductas problema, con la determinación de antecedentes y consecuencias, y las alteraciones existentes en los tres sistemas de respuesta, el fisiológico, el motor y el cognitivo.

Previamente a la intervención terapéutica, determinamos la línea base de cada conducta problema basándonos en datos derivados de los autoinformes, de las entrevistas y del autorregistro (autoobservación). También se dieron las condiciones clínicas, personales y ambientales con las que desarrollar eficazmente el plan terapéutico diseñado *ex-profeso*.

Análisis funcional

En el análisis funcional se determinan las va-

riables que integran el sistema de estímulo-organismo-respuesta-consecuencia (E-O-R-C), propio del análisis conductual, y las relaciones existentes entre dichas variables (enlaces funcionales) (v., Alario Bataller, 1993).

Según lo anterior, por ejemplo, existían situaciones concretas como hablar en público, ser observada en el trabajo y fuera de él, hablar con desconocidos, mostrarse asertiva, que le disparaban una ansiedad severa y que evitaba de diversas maneras desde hacía mucho tiempo. La consecuencia inmediata de la conducta de escape o de evitación consistía en un aumento de la ansiedad. Las situaciones o estímulos externos evocadores de la respuesta ansiosa (estar en el despacho, ser observada por los compañeros, hablar con su primo o con un juez, entre otras muchas), constituían estímulos discriminativos, enunciadores propiamente de la probabilidad de la aparición de la ansiedad y del cumplimiento (no real) de expectativas negativas o catastrofistas en relación con las consecuencias del afrontamiento de las situaciones, como el aumento de la ansiedad o la misma experiencia negativa de esta experiencia emocional y, a la postre, la devaluación y el rechazo social. Las mismas expectativas constituían también estímulos discriminativos, de su yo de naturaleza interna. Las consecuencias, aún siendo de clase diversa, las resumiremos diciendo que se trataba del común reforzamiento negativo, traducido en un incremento del mismo problema, debido a la evitación o a escape de la situación perturbadora, todo lo cual se especifica también en el cuadro 2.

A lo anterior cabe añadir que no se detectaron, en cuanto a las variables orgánicas, factores hereditarios, ingesta de drogas, estados de privación o déficits diversos, que pudieran relacionarse con el trastorno, más allá del nivel de neuroticismo o inestabilidad emocional, valorado básicamente en el IPW, que como diátesis suele asumirse como condición preexistente para que la tensión vital desemboque en la génesis del problema (modelo vulnerabilidad-estrés, diátesis-tensión, etc). Tampoco se dieron patologías médicas, como cuadros as cardíacos o neurológicos que impusiesen una reconsideración del plan terapéutico a seguir.

Cuadro 2
Análisis funcional de la respuesta ansiosa de nuestra paciente (E-O-R-C)

1. Estímulos externos (muestra representativa):

E1: Encontrarme en el despacho.

R: ansiedad, en las manifestaciones descritas en el análisis topográfico.

Cognición prevalente: “la gente me maltratará y acabaré volviéndome loca o haciendo algo descontrolado (agrediendo a los demás o matándome)”.

Consecuencia: refuerzo negativo: alivio de la ansiedad al evitar la situación evocadora de la respuesta ansiosa.

Autocastigo: “No soy normal, nunca superaré esto, me volveré loca”.

E2: Hablar ante un auditorio defendiendo una causa.

R: ansiedad.

Cognición prevalente: “me quedaré bloqueada, me pondré roja, haré el ridículo, la gente me pondrá verde y el juez me reprenderá”.

Consecuencia: incremento de la ansiedad por reforzamiento negativo.

Autocastigo: “soy inferior a los demás, un ser incapaz y despreciable”.

...etc

2. Estímulos internos (muestra representativa):

E1: siento calor en la cara, lo cual indica que me pongo roja.

R: ansiedad.

Cognición prevalente: “viendo mi rubicundez, la gente detectará que no soy normal, se burlarán de mí y me despreciarán.”

Consecuencia: aumento de la ansiedad por reforzamiento negativo.

Autocastigo: “No soy normal y nunca lo seré, soy un ser patético”.

E2: expectativa de tener que hablar con un nuevo cliente en el despacho.

R: ansiedad.

Cognición prevalente: “Me pondré nerviosa, detectará mi inutilidad y me rechazará”.

Consecuencia: aumento de la ansiedad por reforzamiento negativo.

Autocastigo: “Soy una nulidad absoluta, nunca podré actuar como los demás, con Tranquilidad y confianza. Mejor sería morirme”.

...etc

Análisis topográfico

En el análisis topográfico se determinan las alteraciones en los sistemas componentes de la conducta desadaptativa, es decir, el fisiológico, el motor y el cognitivo (v., Alario Bataller, 1993).

En el sistema de respuesta fisiológico, se detectaba un estado de hiperactivación neurovegetativa, traducido en insomnio, dificultades de concentración, irritabilidad, sobresaltos y estado de alarma, junto a manifestaciones somáticas de

la ansiedad normalmente evocadas por situaciones concretas, del tipo de disnea, taquicardia, dolores de cabeza, taquicardia, hiperhidrosis palmar y axilar, y vertiginosidad, principalmente.

A un nivel molar, las alteraciones en el sistema de respuesta motor se detectaban en la evitación o el escape de las situaciones desencadenantes, lo cual comportaba un incremento de la ansiedad, como dijimos, por reforzamiento negativo.

En el sistema de respuesta cognitivo, se apre-

ciaba una distorsión de la realidad especificada en pensamientos automáticos debido a errores cognitivos inherentes al trastorno como inferencias arbitrarias, lectura de la mente, magnificación, personalización, abstracción selectiva, etiquetado y pensamiento todo o nada, fundamentalmente, que se traducían en una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro, que integran la tríada cognitiva de que hablara Beck (1983).

larmente un programa cognitivo-conductual, enfocado a los problemas presentes, principalmente a la fobia social generalizada (v., Alario, 1993, Echeburúa, 1993). Por ello, se siguió una pauta personalizada que llevó a la solución del caso, según los criterios de cambio concretos y múltiples que se establecieron al inicio del tratamiento. De esta suerte, se diseñó una estrategia personalizada y plural, de la cual formaban parte

Cuadro 3 Análisis topográfico del comportamiento de nuestra paciente.

<p>1. <i>Sistema de respuesta motora:</i></p> <p>1.1. Mecanismo de la consecuencia: motor:</p> <p>a) Tensión muscular notable, general y localizada, manifiesta en: temblores, dolor fibrosítico en cuello y espalda, tartamudeo ocasional, etc.</p> <p>b) Condicionamiento de evitación: concretado en la evitación de los estímulos evocadores de la respuesta de ansiedad.</p> <p>c) Respuesta de ansiedad interfiriente con el funcionamiento complejo: especificado en incapacidad o grandes dificultades para realizar el trabajo, disminución de las relaciones interpersonales y ausencia de impulso y conducta sexual.</p> <p>2. <i>Sistema de respuesta fisiológico:</i></p> <p>2.1. Mecanismo de la consecuencia: autónomo:</p> <p>a) Hiperventilación: manifestada en síntomas somáticos transitorios, como vertiginosidad, parestesias, hiperhidrosis palmar y axilar, disnea y malestar precordial y taquicardia, fundamentalmente.</p> <p>b) Inhibición derivada del componente depresivo (asociado a la experiencia de la ansiedad), con ausencia de deseo sexual, anorgasmia y desmotivación general.</p> <p>3. <i>Sistema de respuesta cognitivo:</i></p> <p>3.1. Mecanismo de la consecuencia: cognitivo:</p> <p>a) Distorsión cognitiva: manifestada en auto-culpabilizaciones, 2) visión negativa de sí misma, del mundo y del porvenir.</p> <p>b) Exacerbación de cogniciones negativas: patentizada en un cuadro obsesivo de variable y magnificación de los pensamientos automáticos.</p>

En el cuadro 3 se muestran algunos datos más de interés relativos al análisis topográfico.

Tratamiento

Para el tratamiento de este caso clínico, que se incluiría en el grupo de los vulnerables y de los envidiables a que hicimos referencia al principio de este artículo, en el que existía también una inestabilidad preexistente, se diseñó particu-

la relajación muscular progresiva, elaboración de un programa de actividades, entrenamiento en asertividad, exposición en vivo e imaginada y reestructuración cognitiva.

Al principio de la intervención, así como durante todo el tiempo que duró la misma, se implementó un programa de actividades para cercenar con el cuadro depresivo y se utilizó relajación progresiva y aplicada, para combatir básicamente el estrés y la ansiedad general, a despecho

de que ésta se iba a controlar más rápidamente con la eliminación de ansiedades específicas (v., Alario Bataller, 1993).

Los criterios de cambio referidos consistieron en:

1. Eliminación de la ansiedad asociada a las situaciones típicas del trastorno.
2. Eliminación del miedo al maltrato físico o psicológico.
3. Disminución hasta los niveles adaptativos de las puntuaciones de los autoinformes.
4. Mejora notable en auto-afirmación.
5. Eliminación del cuadro depresivo y de las demás consecuencias de la ansiedad (pesadillas, jaquecas, somatizaciones diversas, etc).

La exposición *in vivo* resultó fundamental para la reversión del trastorno de ansiedad, mediante la cual ella se expuso primero con la ayuda del primo, que actuaba como coterapeuta y después sola a situaciones diversas que integraban su problema emocional, como desarrollar el trabajo de día a día, mostrarse asertiva, hablar con clientes o defender causas en un juicio. A la vez aprendió a utilizar las técnicas cognitivas para afrontar mejor las situaciones desencadenantes y modificar sus pensamientos distorsionados, haciendo pruebas de la realidad para desmontar sus creencias irracionales. Por la exposición logró eliminar la ansiedad pero también comprobar que su visión catastrofista no estaba respaldada por los hechos.

Con el objetivo anterior, se estableció una jerarquía de respuesta de ansiedad que A fue superando poco a poco (entre paréntesis figura el nivel subjetivo de ansiedad):

- (10) Hablar con Fernando de temas rutinarios.
- (20) Hablar con unos vecinos.
- (20) Pedir algo en el bar.
- (30) Cenar con conocidos.
- (40) Hablar con Fernando y Pepe.
- (40) Conversar cuando hay alguien desconocido.
- (50) Estar simplemente en el despacho.
- (50) Hablar con Pepe de temas rutinarios.
- (60) Hablar con mi primo y Pepe de temas profesionales.
- (70) Hablar con los clientes.

(80) Defender una causa no problemática.

(80) Relacionarme con los amigos y amigas de Fernando.

(90) Hablar con un letrado de prestigio o con un juez.

(100) Defender una causa difícil.

En cada nivel de ansiedad se especificaron distintas situaciones y así para cualquiera de las ansiedades básicas de la fobia social, como el ser criticada, rechazada, ignorada, desaprobada, hacer el ridículo, mostrar signos de nerviosismo, etc.

RESULTADOS

Con la estrategia de intervención multipolar se consiguieron los criterios de cambio conductual que se especificaron al inicio del tratamiento. Evidentemente, además de la bonanza demostrada de la técnicas utilizadas, los resultados satisfactorios dependieron mucho, como resultará evidente, del gran esfuerzo y motivación demostrada por nuestra paciente y a la ayuda encomiable de su pariente.

En la figura 1 se ilustra la eliminación de la ansiedad valorada a partir del inventario de personalidad de Willoughby, que determina fiablemente el nivel de neuroticismo o inestabilidad emocional.

Al mismo tiempo, disminuyó el cuadro depresivo asociado a medida que la paciente conseguía una eliminación notable de la ansiedad (Figura 1).

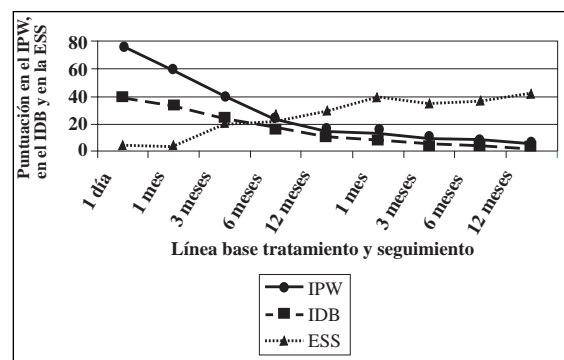


Figura 1

Modificaciones de las puntuaciones del IPW, del IDB y de la ESS en el tratamiento y durante el seguimiento

La reversión de la fobia social generalizada se observó a partir de las puntuaciones de los cuestionarios específicos (Figura 3), como del decremento de la ansiedad en situaciones naturales variopintas (v., Figura 2). Del mismo modo se produjo un aumento importante en asertividad (Figura 1).

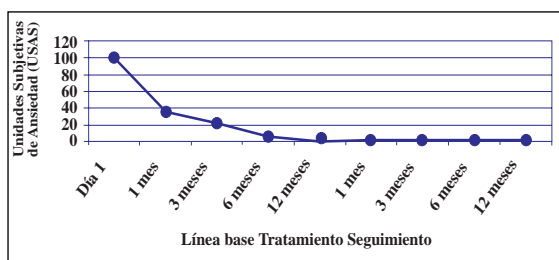


Figura 2

Disminución de la ansiedad evocada en vivo (lugar de trabajo) a lo largo de la intervención y durante los controles de seguimiento

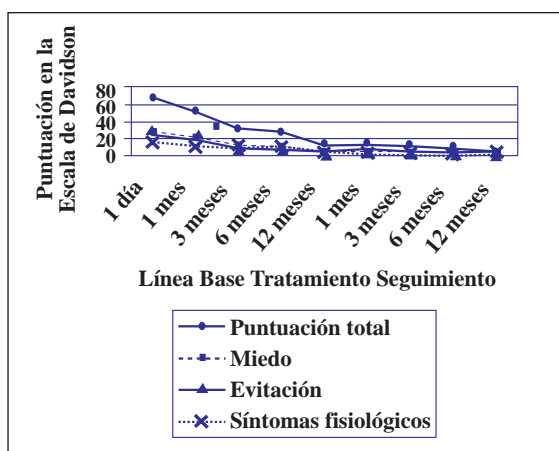


Figura 3

Disminución de la ansiedad social en el tratamiento y durante el seguimiento, reflejada en la puntuación de la Escala de Davidson

Con todo ello, se logró una mayor adaptación de la paciente a las condiciones personales, laborales y, en general, sociales, que antes se encontraban grandemente menoscabadas (Figura 4).

En la figura 5, se ve la desaparición del miedo y de la creencia en el maltrato físico y psicológico, que era muy acentuado al inicio de la terapia.

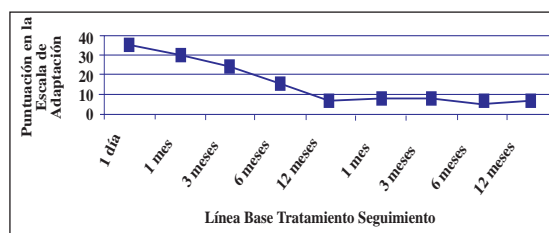


Figura 4

Mejora de la adaptación en el tratamiento y en el seguimiento, según a Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1.987).

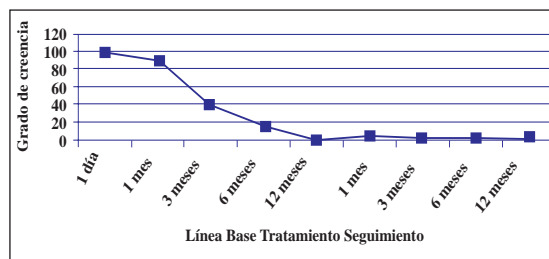


Figura 5

Disminución del grado de creencia en la agresión externa

Finalizado el tratamiento, al mes, a los tres meses, a los seis y al año se realizaron los correspondientes controles de seguimiento, que no mostraron ninguna modificación en los resultados obtenidos.

DISCUSIÓN

Comenzaremos diciendo que, pese a que nuestra paciente tenía problemas importantes antes de atravesar por la situación de acoso moral, las personas que sufren esta condición no son propiamente enfermos psiquiátricos, sino víctimas y en no pocas ocasiones pueden sufrir un trastorno por estrés postraumático, como algunas víctimas de catástrofes naturales, del terrorismo o de agresiones sexuales.

Cabe destacar que los trastornos psicológicos se mantuvieron en el tiempo, pese a que la sujeto ya no se encontraba en la situación de acoso. La conducta de ansiedad, principalmente, se mantuvo en ausencia de peligro, como es común en los cuadros patológicos de esta índole. Por lo

demás, en la gran mayoría de los casos, debe modificarse el ambiente patologizante y no el individuo, en función de una difícil objetivación del problema, en una denuncia efectiva y de la actuación en un marco legal que contemple la solución de una problemática semejante.

Por otra parte, existe muy poca investigación referente al acoso moral. Los trabajos disponibles, en general, carecen del rigor científico necesario, predominando estudios descriptivos y pocos casos clínicos, siendo inexistentes prácticamente los estudios controlados. Dicha situación resulta plausible, por cuanto, a pesar de su antigüedad como hecho, el mobbing, como tal, solo recientemente ha despertado el interés de los profesionales. Su difícil objetivación y junto a ella la falta de contemplación legal, relegaron a la desconsideración un hecho de graves consecuencias en la vida humana.

Aparte de las actuaciones penales consecuentes a la contemplación legal del problema, resulta perentorio que se den las condiciones suficientes para poder cambiar las condiciones laborales, sociales e instituciones que posibilitan la aparición del maltrato psicológico. De no ser así, ninguna persona será capaz de soportar una situación continuada de agresión grupal, a menos que se de la solución del escape, la baja o del trauma, con sus posibles funestas soluciones.

Por otra parte, resulta necesario la realización de estudios rigurosos para desarrollar instrumentos diagnósticos adecuados y la constatación de estrategias de intervención óptimas para estos casos (Alario Bataller, 2.003).

En nuestro país, es poco lo que existe sobre evaluación, tratamiento y consecuencias del mobbing y mucho menos trabajos sistemáticos y rigurosos, lo cual no constituye sino un reflejo de la panorámica general que se da sobre esta forma execrable de hostigamiento, de violencia, máxime cuando se desarrolla en sociedades que se ufanan de su laya democrática y del cuidado de los derechos individuales.

Por otra parte, indicar que el presente estudio de caso único resulta, como los de su clase, ilustrativo, aunque en nada permite concluir la eficacia diferencial de los componentes terapéuticos empleados utilizados, ni llegar a conclusiones terapéuticas de mayor enjundia, como correspondería a estudios grupales.

Por último, resaltar que el mobbing representa un ejemplo más de la violencia humana, del odio a la diferencia si se quiere, tan patente en estos tiempos, un problema muy grave que requiere, antes que otra, en principio, una solución institucional y legal. En suma, lamentablemente, estaríamos una vez más frente a lo que adujera Virgilio, aquello de "*Homo homini lupus*".

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alario Bataller S.:** Estudio de casos en terapia del comportamiento, Valencia, 1993. Promolibro.
2. **Alario S.:** Muerte y neurosis, Valencia, 1999. Promolibro.
3. **Alario S.:** El acoso institucional o Mobbing: presentación de la evaluación y tratamiento en dos casos crónicos, en prensa, 2003.
4. **Beck AT.:** Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, DDB, 1983.
5. **Conde López, V, Et al.:** Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada, 1976; 140: 468-497.
6. **Echiburúa E.:** Fobia social, Barcelona, Martínez Roca, 1993.
7. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, Madrid, Pirámide, 1992.
8. Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. Análisis y Modificación de Conducta, 2000; 25: 326-340.
9. **El Mundo:** Mobbing. La violencia psicológica en el trabajo, 14/5/2002.
10. **Garrido V.:** El psicópata, Alzira, Algar Editorial, 2000.
11. **Stangeland P, Redondo S.:** Principios de criminología, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2001.
12. **González de Rivera JL.:** El síndrome del acoso institucional. Medicina, Julio, 2000; 14-15.
13. **Hirigoyen MF.:** El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana, Barcelona, Piados, 2002.
14. **Leymann H.:** Silencing of a skilled technician. Work and Environment in Sweden, 1984; 4: 236-238.
15. Mobbing und psychoterror am Arbeitsplatz. Sichere Arbeit, 1992; 5: 228.
16. When the job becomes unbearable. Work and Environment in Sweden, 1993; 12: 2930.
17. **López JA, et al.:** Mobbing en puestos de trabajo

-
- de tipo administrativo. *Medicina del trabajo*, 1994; 1: 14-17.
18. **Camps P.:** Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. *Maphre medicina*, 1999; 10: 253-260.
 19. **Pinkola Estés C.:** Mujeres que corren con los lobos. Mitos y cuentos del arquetipo de la mujer salvaje, Barcelona, Ediciones B, 1998.
 20. **Piñuel y Zabala I.:** Mobbing, Madrid, Círculo de Lectores (hay otra edición en Sal Terrae), 2002.
 21. **Martín F y Pérez J.:** El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_476.htm, Marzo, 2002.
 22. **Seligman MEP.:** Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte, Madrid, Debate, 1981.
 23. **Scialpi D.:** La violencia en la gestión de personal de la Administración Pública, como condición necesaria para la corrupción, <http://www.probidad.org.sv/revista>, 2002; 1-30.
 24. **Violencia en la Administración Pública: Casos y miradas para pensar la Administración Pública Nacional como ámbito laboral**, Buenos Aires, Editorial Catálogos, 1999.
 25. **Smith MJ.:** Cuando digo NO, me siento culpable, Madrid, Mondadori, 2000.
 26. **Zapf D, Knorz C, Kulla M.:** On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and Health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5: 127-156.
 27. **Wolpe J.:** Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Stanford University Press, 1958.