

El acoso institucional o *Mobbing*: Presentación de la evaluación y tratamiento en dos casos crónicos

S. Alario Bataller

Resumen

En este artículo se presentan consideraciones teóricas y clínicas referentes al mobbing, el hostigamiento o acoso psicológico en el trabajo. Allí mismo, se ilustra sumariamente la evaluación y el tratamiento mediante un programa cognitivo-conductual de dos pacientes crónicos.

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

Summary

This article includes theoretical and clinical considerations concerning psychological harassment at work, mobbing. Also we present the evaluation and treatment of two chronic patients with a cognitive-behavioural therapeutic program.

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

INTRODUCCIÓN

Consideraciones fundamentales

Con el término *mobbing* se hace referencia a una problemática conocida desde hace tiempo, a despecho de que solamente en los últimos tiempos se le ha prestado más atención desde las ciencias de la salud. Pese a la existencia de pocos estudios sobre el tema (no controlados la mayoría y bastantes de corte psicoanalítico), el fenómeno no es de aparición reciente, sino que se le conoce desde antiguo como *síndrome del chivo expiatorio* y *síndrome del rechazo del cuerpo*

extraño (González de Rivera, 2000). A uno le viene a la mente inmediatamente no pocos ejemplos literarios, como la *Metamorfosis* de Kafka y, en lo consuetudinario, también aquello del odio a la diferencia, nada infrecuente en nosotros.

Aparte las consideraciones hechas *supra*, lo que aquí interesa es que el fenómeno que estamos dilucidando, traducido normalmente como acoso institucional, grupal o moral, el *mobbing*, puede dar lugar a un síndrome de características muy específicas, cuyos efectos en las personas sometidas a dicha situación pueden traducirse en problemas psicológicos graves. Las consecuencias del acoso grupal no son solamente individuales, sino también sociales y económicas.

El concepto de acoso grupal proviene de la etiología y fue introducido por uno de sus próceres, Konrad Lorenz, para referirse concretamente al ataque de una coalición de miembros débiles de una misma especie contra uno más fuerte. En

Correspondencia: Dr. D. Salvador Alario Bataller
Clínica Psico-Médica
Avda. Blasco Ibáñez, 126, 6º-28ª
46022 Valencia
Web: <http://clinica-psicomedica.iespana.es>

nuestros días, en el área de los grupos humanos y sus múltiples formas de interacción, alude a situaciones en que el sujeto es perseguido, agraviado o presionado psicológicamente por uno o varios miembros del grupo de referencia.

Más de un autor considera que el acoso grupal constituye una de las experiencias más traumáticas y consuntivas que puede padecer un ser humano en situaciones ordinarias, representando una clara agresión dentro del mismo grupo social de pertenencia (vbgr., Shuster, 1966; cit., González de Rivera, 2000), debiéndose diferenciar del rechazo social y de la desatención social. En el primero, el individuo es excluido del grupo social de pertenencia y en el segundo es, simple y llanamente, ignorado. No hay en ninguno de ambos casos la agresión, el hostigamiento, la presión tan demoledora que es definitoria del acoso moral. Tampoco debe confundirse con el síndrome del estrés o desgaste profesional o *burn-out*, principalmente, en su componente depresivo, con sus características psicastenia, falta de adaptación, sentimientos de impotencia y desesperanza, abatimiento, baja autoestima y valoración negativa hacia uno mismo y hacia la vida en general, absentismo laboral (por evitación de la situación estresante), deterioro del rendimiento y falta de gratificación dimanante del trabajo, entre otros; más allá del estrés y de la ansiedad experimentadas por el sujeto ante la situación laboral, el desgaste es algo que no conlleva el hostigamiento, el rechazo o la agresión por parte de los demás.

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 lo ha descrito en escuelas, en las fuerzas armadas, en las cárceles y en las empresas, siendo siempre más probable que se genere en instituciones cerradas, en las cuales el poder y el control consecuente son considerados como principios indispensables para el éxito y el rendimiento. En relación con lo anterior, suele aparecer con frecuencia en hospitales, universidades y en cualquier

empresa, sea pública o privada. Constituye, en suma, una forma más de violencia que puede aparecer en contextos diversos y que puede manifestarse de forma explícita o de modo más o menos solapado.

Lo que, en suma, se da en el *mobbing* es una situación anómala que implica un conflicto adimétrico entre dos partes, el hostigador, con mayor poder, recursos y eficacia destructiva, y el hostigado o víctima que ocupa, en las condiciones referidas, un nivel inferior (Martín y Pérez, 2002). La presión suele llevarse a cabo a través de una serie de actitudes y conductas, no siempre fáciles de objetivar, de las cuales, las más relevantes se muestran en el cuadro 1.

Las víctimas del acoso moral

Algunos estudios indican que las personas con riesgo son diferentes, en aspecto, inteligencia, comportamiento, actitudes y valores con relación al grupo de pertenencia, y su mera presencia puede constituir un peligro, una amenaza o un cuestionamiento de las características, símbolos y creencias que dan homogeneidad al mismo grupo (v., González de Rivera, 2000). Esa amenaza muchas veces no es real, aunque suele propiciar la aparición de la presión grupal hacia el individuo en cuestión.

En lo que alude al perfil de los sujetos presionados o de riesgo, González de Rivera (2000), distingue tres grupos: los envidiables, los vulnerables y los amenazantes.

Los envidiables integrarían un grupo de personas brillantes, atractivas que, por estas mismas y poco unánimes características, serían vistos como peligrosos o amenazantes por los mismos líderes del grupo, que se sentirían cuestionados por su presencia. Los vulnerables poseerían alguna deficiencia o peculiaridad que pudiera representar un objetivo para los ataques, o bien ser personas depresivas, gente dependiente, necesitada de aprobación o de afecto, con déficits sociales notorios, fácilmente manipulables y que serían los más proclives al derrumbe personal. Por último, los amenazantes, estarían representados por individuos trabajadores, activos, eficaces, cuya conducta pondría en evidencia el orden dado o intentarían reformarlo o sustituirlo.

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

<p>1. <i>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 cualificación o capacidad. j. Asignarle tareas degradantes.</p>
<p>2. <i>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>3. <i>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>4. <i>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>5. <i>Ataques a las actitudes</i></p> <p>a. Atacar sus actitudes y creencias políticas. b. A tocar a sus actitudes y creencias religiosas. c. Burlarse de su nacionalidad.</p>
<p>6. <i>Agresiones verbales</i></p> <p>a. Gritar o insultar. b. Criticar permanentemente su trabajo. c. Amenazar verbalmente.</p>
<p>7. <i>Rumores</i></p> <p>a. Hablar mal a sus espaldas. b. Difundir rumores.</p>

El perfil del agresor

En cuanto al perfil del acosador o agresor, Piñuel (2002), ha descrito su capacidad de simulación, distorsión y manipulación, envidias y celos profesionales y personales, la ausencia de sentido de culpa, el autoritarismo, la mediocridad personal y el egoísmo, rasgos ellos que se identifican con el camaleonismo y las conductas hostiles rayanas a la psicopatía (aunque no necesariamente la *psicopatía*) que se descubren en algunas personas aparentemente con buena adaptación social (Garrido, 2000; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Asimismo, estaríamos, para algunos autores, ante el denominado *psicópata organizacional*, legalmente no delincuentes, pero que encuentran en ciertos contextos sociales el lugar desde el cual ejercer el hostigamiento (v. Piñuel, 2002).

En el proceso de hostigamiento suele aparecer la figura del acosador principal, habitualmente un ser perverso, narcisista y paranoide, que es secundado por otros frente a los cuales tiene la suficiente autoridad o carisma para inducirles a las dinámicas grupales del acoso (González de Rivera, 2000). Tales rasgos personales le llevan a la autojustificación de sus actos torcidos como algo razonable e incluso justo. En torno a este proceso de acoso también suelen existir ciertas personas, grupo más o menos vasto, que se inhiben, que mantienen la agresión envuelta en el silencio y que no intervienen por miedo o bien para aprovechar la situación (una mejora laboral, por ejemplo) cuando la víctima, normalmente más capacitada y honesta, sea apartada del camino. Además, se ha postulado que los acosadores responderían al perfil de la impostura y de la envidia, de “la mediocridad inoperante activa”, sustanciado en individuos sin creatividad, imitadores, de pálido mérito, con ansias de notoriedad, mendaces, envidiosos de la excelencia ajena, que intentan destruir por todos los medios a su alcance (Irigoyen, 2002).

Clínica y repercusiones

El acoso laboral puede dar lugar a formas clínicas definidas, en las cuales el estrés la ansiedad y la depresión se constituyen en ejes vertebradores.

Las consecuencias del *mobbing* pueden ser

diversas, pudiendo afectar a áreas significativas de la vida de la persona maltratada, como la económica, la familiar, la social más general y la mental.

En el ámbito psicológico, el *mobbing* puede generar diversos cuadros, siendo la ansiedad el más relevante. El miedo, acentuado y permanente, es consecuencia de un sentimiento de amenaza. Se da irritabilidad, hiperactivación simpática, somatizaciones por tensión emocional (jaquecas, dolores de cuello y espalda, etc.), intrusiones obsesivas, evitación activa de situaciones perturbadoras o presumiblemente amenazantes, pesadillas, problemas de atención, concentración y rendimiento (González de Rivera, 2002). El lado depresivo, con la impotencia, la desmotivación, tristeza, pérdida de interés por personas y cosas, entre otros, es también frecuente, asociándose, en no pocos casos, a la experiencia crónica de la ansiedad. En ocasiones, la ansiedad, puede tomar la forma del trastorno por estrés posttraumático y en algunos individuos, suelen aparecer conductas sustitutorias, siempre patológicas, compulsivas e ineficaces, para remediar el problema, como abuso de alcohol y otras adicciones químicas y no químicas. Así mismo, en personalidades mórbidas, el *mobbing* puede catalizar la aparición de trastornos de mayor gravedad como depresiones profundas o trastornos paranoides. Por lo demás, el suicidio es una contingencia nada desdeñable.

El suicidio es una posibilidad siempre a tener presente y una consecuencia grave del problema que elucidamos (García y Camps, cit., González de Rivera, 2000). El riesgo es especialmente importante en profesionales cualificados que obtienen una alta gratificación en su desempeño profesional. En ocasiones, el suicidio se provoca en el mismo lugar de trabajo, lo cual indicaría un último acto de rebeldía, acusación límite y ataque final, aunque fútil, hacia el lugar y la gente veneno de su sufrimiento (Leymann, 1993).

Una de las características más patentes del acoso moral es la incapacidad de la víctima para entender lo que le está sucediendo, su desamparo, indefensión e impotencia. Junto a ello, existe la incapacidad para abordar cognitivamente la situación y actuar en la propia defensa, lo cual dificulta la identificación, tratamiento y prevención del síndrome. Es un hecho, que este

asunto se ignore completamente cuando se estudia el estrés profesional, centrándose sobre todo en la patología individual y no en el entorno patológico. Cabe decir que, en muchas ocasiones, si no se modifica (deseable sería de manera eficaz y por la vía legal) el entorno, difícilmente una persona, aún de gran estabilidad, puede soportar durante mucho tiempo unas situaciones objetivamente destructivas. Por ello, no pocos sujetos optan por la huida (una de las características básicas de la conducta agonística, junto al ataque) y la búsqueda de un mejor ámbito profesional; otros, aún actuando del mismo modo, por su mayor vulnerabilidad, arrastrarán las consecuencias en el tiempo y actualizarán los problemas generados entonces en nuevos contextos laborales, aún con ausencia de peligro, indicando, por eso mismo, la existencia de una importante problemática emocional.

El desarrollo del acoso moral

Se han descrito distintas etapas en el desarrollo del *mobbing* (Martín y Pérez, 2002): la fase de conflicto, la fase de *mobbing* propiamente dicha, la fase de intervención desde la empresa y, finalmente, la fase de marginación o de exclusión de la vida laboral. Aunque esta clasificación se ha aplicado fundamentalmente al estudio del maltrato psicológico en las empresas es extensible, en sus grandes lineamientos, al acoso grupal en otros contextos sociales.

La fase de conflicto suele aparecer en cualquier situación donde haya una interacción humana, sea en un seminario, en un hospital, en una empresa o en la familia misma. En principio, eso es esperable y no tiene porque degenerar en otras cosas. Empero, con personas disímiles (en creencias, actitudes, cultura, objetivos, etc.) suelen producirse fricciones que no son resueltas de manera satisfactoria (por diálogo y acuerdos, cambios de las circunstancias o remisión a lo largo del tiempo) y el conflicto se vuelve crónico.

La fase de *mobbing* propiamente entendida o estigmatización empieza cuando una de las partes integrantes del conflicto comienza a comportarse hostigadoramente, con las formas y características que se han señalado anteriormente. Con el tiempo, dicho conflicto puede involucrar a más

personas además de las iniciales, en lo cual muchos van contra uno, con la adopción de comportamientos de acoso grupal. Ya desde un principio la víctima ha representado una molestia o una amenaza para el grupo de maltratadores.

Esta situación lacerante se demora porque se producen comportamientos de negación y de evitación de la realidad por parte de la víctima, de otras personas del grupo, de las organizaciones de representantes (como sindicatos) y de aquellos que ostentan el poder (como un director general, vaya por caso). Junto a ello, las dificultades muchas veces existentes para probar el maltrato y las deficiencias o carencias del sistema judicial coadyuvan grandemente a la prolongación de esta fase; según los estudios de Leymann, en Suecia, la fase que estamos comentando tiene un promedio de duración de 1,3 años, antes de que se desarrolle la fase tercera o de intervención de la empresa (Leymann, 1984).

La fase de intervención desde la empresa entraña un lado positivo por cuanto se determina la resolución del acoso por parte de los estamentos superiores de la misma o de aquellos que tuvieren competencia real para ello. Esta solución, amén de tomar las medidas legales o sanciones correspondientes, también subsumiría actuaciones como el fomento del diálogo entre los implicados, cambio de puesto laboral, educación activa sobre el problema para modificarlo y prevenirlo, etc. El lado negativo consiste en que, más habitualmente, la empresa actúa con medidas como la culpabilización del afectado, llegando en no pocas ocasiones a desembarazarse de él, agravando el problema. Lo anterior se consigue con medidas como bajas médicas sucesivas que, en realidad, alargan el conflicto, aplazamiento de la resolución del conflicto debido a quejas, despido del sujeto o la imposición o concesión de la invalidez. Cuando priman las medidas negativas que acabamos de mencionar, se entra en la cuarta y última fase.

La cuarta fase es la de la marginación o exclusión de la vida laboral, siendo característico de la misma que se den largas temporadas de baja o que el sujeto afectado quede excluido definitivamente de la vida laboral, con pensión de incapacidad añadida. Ello coadyuva al gravamen de cargas económicas y sociales para el estado,

nada despreciables por cierto (v., Leymann, 1993, para Suecia). En esta fase se presentan o lo han hecho ya en el sujeto diversos cuadros psicopatológicos dimanantes del acoso moral, con graves consecuencias psicológicas, físicas, económicas y familiares.

Muchas veces, previamente al tratamiento de la víctima, la solución está en la modificación del marco grupal que ha posibilitado el acoso, normalmente por la vía legal. Si el acoso se obvia o se ignora, sin darle solución definida, medie el tiempo que fuere, ningún ser humano podría soportar una situación que es objetivamente aversiva y, por tanto, peligrosa. Recordemos, por ejemplo, que la ansiedad se caracteriza por ser una emoción similar al miedo, pero sin la existencia de un peligro real, como una alarma que se active defectuosamente (v., Alario, 1999, Echeburúa, 1992). También en el *Mobbing* hay un peligro real que, no obstante ser anulado, puede causar secuelas psicológicas en el sujeto que se generalicen a situaciones semejantes a la traumática, a despecho ahora de la inexistencia de la amenaza y del peligro que antes existieran.

Evaluación

En cuanto a la evaluación, entre nosotros no disponemos de ningún instrumento estandarizado sobre el acoso institucional. Sí existe algún trabajo en el cual se describen consecuencias (López et al., 1994) y el autotest Cisneros (Piñuel, 2002).

Allende nuestro país, hay también cuestionarios estandarizados, que tratan de medir la incidencia del *mobbing*, como el LIPT, *Inventory of Psychological Terrorization* (Leymann, 1990) y las consecuencias derivadas, sobre todo sintomatología psicósomática provocada por procesos estresantes, como el Test de Salud Total (Langner, 1992, cit., Martín y López, 2002) o el Cuestionario General de Salud o GHQ (Goldberg, 1972, cit., Martín y López, 2002).

Como vemos, en cualquier asunto relativo al acoso moral, entre ellos la evaluación, el trabajo es incipiente, quedando casi todo por hacer.

Tratamiento

En lo concerniente a la vertiente terapéutica, existen distintas propuestas, desde el psicoanálisis

a la terapia de conducta; nos centraremos en esta última. Sin embargo, antes de entrar en particularidades, lo que primero se necesitaría cuando existe una víctima de este tipo es la detección innegable del problema, el apoyo social y la solución efectiva. Más allá de los consejos básicos como los del amigo o del médico de la empresa, por ejemplo, y del recurso a psicoactivos específico o a la misma psicoterapia, conductual o no, mal será el curso del problema si no se modifica una situación objetivamente estresante. Aún así, existirán personas que arrastrarán el problema más allá de la solución de la problemática laboral o se generará en situaciones semejantes a la original, por un claro proceso de condicionamiento. Se trata del grupo de los vulnerables, descritos en este trabajo (v., González de Rivera, 2000).

Dentro de la misma situación de acoso, las técnicas conductuales irían encaminadas a reducir, en primer lugar, al estrés, mediante relajación progresiva, lo cual ayudará también al control del insomnio, la ira y, en general, la ansiedad, claro está mientras el sujeto pueda aún defenderse. Lo mismo sucede con el entrenamiento en asertividad, el cual es efectivo cuando no hay un peligro real ante esa conducta de autoafirmación, no cuando de ella se puedan derivar consecuencias claramente dañinas (v., Smith, 2000).

En la clínica, normalmente combinada con la intervención conductual, la terapia cognitiva ayuda al paciente a detectar, bloquear y reevaluar los pensamientos negativos provocados por la situación traumatizante y mediante la reestructuración cognitiva, el sujeto puede desmontar los esquemas depresógenos y ansiógenos que subyacen a sus problemas emocionales, venciendo su sentido de responsabilidad en el trauma, su culpabilización, logrando atribuir correctamente el origen de trauma y poder tomar, en cada caso, las decisiones oportunas.

Como hemos señalado ya, se puede eliminar lo que es patológico, pero no se puede luchar contra aquello que es perverso y que además no cambiará, a menos que haya una medida legal resolutoria para el caso; después habrá de verse la pervivencia de los trastornos emocionales más allá de la situación generatriz. Por ejemplo, poco se puede habituar la ansiedad evocada por el torturador, o la asertividad que la víctima muestre en estos

casos y muchas veces, el perverso, actúa de maneras más sibilinas que generan desamparo e impotencia.

Por otra parte, se ha insistido en la vertiente profiláctica, en el sentido de mejorar la estructura laboral y las relaciones mismas, como proporcionar un trabajo con bajo nivel de estrés, alto control del trabajo y capacidad de decisión, habilidades para detectar conflictos y resolverlos eficazmente, derecho a la queja, sistemas de mediación, consultorio psicológico en el contexto laboral, además de educación de los miembros del grupo en sensibilidad social, manejo de conflictos y en general habilidades sociales (Martín y López, 2002).

En definitiva, la principal conclusión atinente al tratamiento del mobbing consiste en que, hoy por hoy, no existen estudios sistemáticos para valorar la eficacia diferencial de distintos acercamientos, ni tampoco aquellos que determinen el componente principal de una estrategia de intervención dada.

Marco interpretativo

En relación con la línea conductual y a la hora de buscar una explicación al mobbing, traeremos a colación el *modelo del desamparo aprendido* (Seligman, 1981), hablándose incluso de un *síndrome de desamparo aprendido o condicionado* (Scialpi, 1999, 2002), uno de los cuadros más graves asociados a las víctimas de la violencia, cualquiera su naturaleza. La conclusión al desamparo o indefensión consiste en que cuando un ser humano o *anima vili*, es expuesto a la violencia, trata de adaptarse a la misma, de suerte que cuando aquélla cesa y se posee la libertad, el sujeto ha perdido ya el instinto o la capacidad de defenderse, se encuentra física y psíquicamente menoscabado y cae en la apatía, en la inercia, en la no acción. En general, la normalización de la violencia comporta el sentimiento de incapacidad a la hora de defenderse ante aquello que se encuentra "inamovible" o se ve como "normal". Esto quedó explícito en el "síndrome de la mujer golpeada" que estudiará Walker (cit., Scialpi, 2002). En la misma línea, se ha postulado que el ser humano se acostumbra a las agresiones, adaptándose a la violencia, normalizando lo anormal, perdiendo la capacidad de lucha o de huida,

obnubilándose los valores de la dignidad, tan esenciales al hombre (Pinkola, 1998). En dichas condiciones, el sujeto pierde el instinto de defenderse, la capacidad de lucha natural y la cólera debida, campando el silencio, el acatamiento, la renuncia y la enfermedad. Esa indefensión o desamparo aumenta cuando aparece en instituciones democráticas y cuando, pudiendo hacerlo, quienes ostentan el poder o pudiesen intervenir no lo hacen.

DESCRIPCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Caso A

JL era un hombre de 33 años, doctor en derecho, que acudió a recibir tratamiento tras varios años de sufrir lo que refería como una *distimia*. Al principio se mostró nervioso y timorato, eludiendo frecuentemente la mirada, mientras refería su historia. Relacionaba el inicio de su problema con la llegada a Valencia para estudiar una carrera en la Universidad. Se vino con el grupo de amigos del pueblo, con los cuales había mantenido una relación no problemática, aunque sí distante. Era entonces un joven alegre y con ímpetu, lo cual nunca había encontrado eco en su grupo de referencia y, decía, que le veían algo "rarito". Los verdaderos problemas comenzaron cuando comenzó a sacar brillantes notas, a recluirse mucho tiempo en el estudio y dedicarse en profundidad a sus tareas de estudiante. Pronto notó que se le dejaba de lado, que incluso se le evitaba, que cada vez más la gente se apartaba de él. Posteriormente llegaron comentarios que él pensaba inciertos o con poco fundamento, una mala interpretación tal vez, hasta que comenzaron a desaparecerle apuntes y encontrar en sus tratados escritos amenazantes e insultantes. Todo fue tiñéndose de oscuro y él sintió que se venía abajo, que se encontraba cada vez más sumido en un estado de angustia, el cual no sabía donde lo llevaría. Trató de hablar con algunos de sus amigos, los antes más cercanos, pero le dijeron que no sabían nada, que tal vez fueran manías suyas o la broma de un desafortunado. A partir de ahí, las cosas no mejoraron, sino que empeoraron, además, no se le invitaba a las celebraciones (cumpleaños, cenas de fin de semana, etc.) y notó que nadie le hablaba. Ya había empezado a

dormir mal y experimentó que le faltaban las fuerzas, que había perdido el placer por muchas cosas que antes le agradaban, que se encontraba excesivamente cansado y que prefería estar solo. En ese tiempo se le cruzó por la mente abandonar los estudios y regresar al pueblo, si bien no tenía la voluntad suficiente para comunicárselo a sus padres, personas conservadoras, excesivamente exigentes. A todo ello se sumó pesadillas, problemas de concentración, estado de alerta permanente y jaquecas. En ocasiones llegó a experimentar un verdadero ataque de pánico, aunque no fueron frecuentes, pero sí vio que en su vida se instalaba una inseguridad tamaña, que le hacía sentir miedo cuando tenía que hablar con personas, incluso con las que no conocía (aún más) y comenzó a sentirse un ser ridículo e inferior, que no merecía el respeto de los demás y que encajaba mal el menor comentario respecto a él. También, sintiéndose culpable, se preguntaba en qué había fallado para que la gente le rechazase. Había comenzado a evitar casi cualquier tipo de relación social y acudía cada vez menos a las clases, abatido y ansioso, sentándose solo, en la última fila, sin atreverse a hablar con sus compañeros o a preguntar dudas a los profesores.

Cuando salía de las clases y regresaba al colegio mayor lo hacía a paso rápido, con una actitud expectante, temiendo que algo o alguien le dañase. En la residencia, solía meterse en su habitación y solamente salía a la hora de la cena, en un ambiente de miradas y rumores que representaban un infierno. La situación llegó a tal punto que tuvo que pedir ayuda profesional y estuvo, desde los 19 a los 33 tomando medicación, con períodos de leves mejorías, pero sin atreverse a afrontar lo que él sabía que eran miedos desproporcionados e ilógicos (en su actual ambiente laboral y social, inocuos en realidad) que, aún así, le sobrepasaban, afectando su vida en los niveles más significativos.

Como vemos nuestro hombre 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.

Caso B

ML era una mujer de 35 años, funcionaria, que trabajaba en la administración pública. Se había

considerado siempre una mujer insegura y tímida, que acabó recibiendo tratamiento a los 25 años por sus problemas de ansiedad, entre ellos lo que ella refirió, adecuadamente, como una fobia social generalizada.

A los veintisiete años ocupó su puesto de administrativo en los juzgados y su acogida por parte del juez y de sus compañeros fue, al principio muy buena. Mostró siempre seriedad y eficacia y un carácter dulce que pronto le proporcionó las simpatías de muchas personas y de su propio jefe. Su buen hacer profesional hizo que el magistrado confiase en ella plenamente y delegase en su persona los asuntos de mayor importancia. Al mismo tiempo que esto sucedía, fue dándose cuenta que un compañero y cuatro compañeras, con los que había mantenido relaciones normales en un principio y que formaban una camarilla de veteranos en el lugar, se iban distanciando de ella. Después corrieron rumores de que mantenía relaciones con el jefe y de que era una mujer fácil. Así mismo fueron desapareciendo de su escritorio algunos documentos importantes y algunos que debía recibir nunca llegaban a sus manos. Después vinieron las notas insultantes y que dichos compañeros le retirasen hasta el saludo. Gradualmente fue sintiéndose más ansiosa y deprimida, incapaz de objetivar el origen de la agresión y también de confesar a su jefe la situación por la que estaba atravesando. Comenzó a sufrir pesadillas, jaquecas, problemas de rendimiento e inapetencia, perdiendo siete kilos en apenas un mes. La situación fue empeorando hasta que sufrió el primer ataque de pánico. Esa mañana acudió a urgencias, pero el ataque se repitió otra vez por la tarde y por la noche. A partir de entonces acudía con gran angustia al sitio de trabajo, del cual pidió la baja tres semanas después debido al agravamiento de sus problemas emocionales. Desde entonces, su vida fue una reiteración de incorporación al trabajo y de bajas, durante los dos años siguientes, pese a que recibía tratamiento por un trastorno de pánico con agorafobia. Mientras tanto, el sujeto principal del hostigamiento, había ascendido en su puesto y ya no trabajaba en el lugar, y dos de las mujeres habían cambiado de destino, por lo cual la situación de acoso había desaparecido, pero ella seguía experimentando una ansiedad desproporcionada, ataques de pánico y recaídas frecuentes, muchas veces propiciadas por

la cercanía de las otras dos que ahora se mantenían alejadas de ella e incluso la hablaban normalmente, como si nada hubiera sucedido. Su mera presencia la activaba hasta el punto de evocarle los malos tiempos, rumiaba sobre ello constantemente y se sentía amenazada. Por la noche la asediaban las pesadillas y se sentía cada vez más insegura en el contacto social y más desmotivada frente a los asuntos que antes, hacía años ya, había realizado con normalidad. Cualquier situación relacionada por su trabajo le generaba ansiedad, desde la vista del edificio de los juzgados hasta el hecho de hablar con un letrado, tanto por la fobia social que se había reactivado, como por el temor de una agresión física y moral, aunque no hubiese el menor motivo para ello.

Cuando acudió a terapia, el marido tenía que acompañarla a todas partes, llevarla y recogerla del trabajo y no podía afrontar ninguna situación típica de la agorafobia; los ataques de pánico seguían produciéndose con una frecuencia de tres semanales. Evitaba casi todo el contacto social y estaba convencida que de no mantenerse recluida en casa el mayor tiempo posible, iba a ser maltratada física y psíquicamente. Asociada a la fobia social, a la agorafobia y al estrés postraumático existía un cuadro depresivo que oscilaba entre moderado y grave que la tenía sumida en una casi completa desesperanza.

Comentarios

Aunque no comentaremos de una manera lata la evaluación e intervención psicológica en cada uno de los dos casos (lo haremos prontamente en un caso diferente), cabe destacar que los trastornos psicológicos pervivieron en el tiempo, pese a que los sujetos no estuvieran viviendo la situación de acoso que había generado sus problemas.

Solamente una situación tan dañina puede soportarse si deja de serlo y aún así, en un contexto laboral neutro, el sujeto afectado suele experimentar problemas similares a los que tuviera en el pasado, cuando fue vejado. Esta situación es común en la ansiedad y es a ésta y a otros cuadros presentes donde debe dirigirse la estrategia de intervención apropiada para cada caso. En muchas ocasiones, antes de que las cosas vayan a más y causen perjuicio grave a la víctima, la so-

lución estriba en una actuación legal, muchas veces inexistente.

Para el tratamiento de ambos casos, que se incluirían el primero principalmente en el de los envidiables, aunque existía también una inestabilidad preexistente, y el segundo en el grupo de los vulnerables, se diseñó *ad hoc* el respectivo programa cognitivo-conductual, enfocado a los problemas presentes, como la fobia social (v., Alario, 1993a, Echeburúa, 1993), el pánico con agorafobia (Alario, 1993a, 1994) o el trastorno de estrés postraumático (Alario 1993b), siguiendo una pauta personalizada que llevó a la solución de los casos clínicos en función de los criterios de cambio establecidos al inicio del tratamiento. De esta suerte, para A se diseñó una estrategia personalizada y plural, integrada por relajación muscular progresiva, entrenamiento en asertividad, exposición en vivo e imaginada y reestructuración cognitiva, y para B, adecuando técnicas por caso único, se utilizó además de las mencionadas, exposición *in vitro* y una versión actualizada de la práctica programada, que incluye, como es sabido, la exposición en situaciones naturales como técnica terapéutica fundamental. En el caso de A, la intervención fue más breve, ocho meses, y en el caso de B duró un año. Ambos participan en controles de seguimiento anuales, en los cuales no se ha detectado recidiva ninguna, manteniéndose las mejoras que, en su momento, se obtuvieron.

Al tratarse de un estudio de caso, no podemos concluir la eficacia diferencial de los componentes terapéuticos utilizados, ni sacar conclusiones acológicas de mayor nivel, como correspondería a un estudio controlado con grupos.

CONCLUSIONES

Es muy poca la investigación relativa al acoso moral, predominando estudios descriptivos y pocos casos clínicos, brillando por su ausencia los estudios controlados. Lo anterior resulta lógico, por cuanto hasta fechas muy recientes el mobbing era un hecho intuitivo, no reconocido y muchas veces ignorado. Su objetivación, por lo demás, y junto a ella la consideración penal, no resulta un asunto sencillo.

El reconocimiento del problema y su contemplación en el sistema legal vigente resulta tan

importante para la solución de esta problemática como la modificación y mejora de las condiciones laborales, sociales y de salud. De permanecer inalterables las situaciones grupales del acoso, el individuo no podrá soportar la presión del hostigamiento y, dependiendo de su perfil de personalidad, las consecuencias serán el absentismo laboral, la cronificación de los trastornos atingentes, el cambio de trabajo o el suicidio. En estos, como en otros casos de la psicopatología, habrá que discernir entre los desencadenantes de las conductas patológicas, si representan o no un peligro o una amenaza reales, dado que de ello dependerá la alternativa a seguir y la posibilidad de alcanzar objetivos terapéuticos determinados. En no pocos casos, como se ha mostrado en estas páginas, el problema trasciende la situación inicial y se generaliza a contextos similares, donde ya no persiste el acoso.

Por otro lado, se necesitan más y mejores estudios para desarrollar instrumentos de medida y la optimización de estrategias de intervención para las personas afectadas por el mobbing.

En nuestro país, existen pocos estudios sobre este asunto y, por lo general, se trata de trabajos genéricos, descriptivos e incluso anecdóticos, donde no se trata en profundidad el fenómeno en sí, en cuanto a su conceptualización, clínica, consecuencias, además de lo concerniente a evaluación y tratamiento. Amén del nivel personal, tampoco se encuentran trabajos que estudien sistemáticamente sus consecuencias sociales, económicas y familiares.

Finalmente, resulta perentorio el reconocimiento del acoso institucional o moral, la contemplación del mismo en el sistema penal y la instrumentación de medidas profilácticas y resolutivas para ejercer presión sobre el contexto cuando éste sea hostigador para cualquier individuo. El mobbing constituye, en definitiva, una expresión más de la violencia lamentablemente omnipresente en los tiempos actuales, en cualquier contexto, abierta o solapada, más execrable si cabe en aquellas sociedades que se precian de ser democráticas y teóricamente garantes del bienestar de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alario Bataller S.:** Estudio de casos en terapia del comportamiento, Valencia, Promolibro; 1993a.

2. **Alario S.:** Intervención psicológica en víctimas de violación, Valencia, Promolibro; 1993b.
3. **Alario S.:** Un programa conductual-cognitivo para el tratamiento de la agorafobia con crisis de ansiedad. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace; 1994, 31: 6-16.
4. **Alario S.:** Muerte y neurosis, Valencia, Promolibro, 1999.
5. **Echiburúa E.:** Fobia social, Barcelona, Martínez Roca, 1993.
6. **Echiburúa E.:** Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, Madrid, Pirámide, 1992.
7. **Garrido V.:** El psicópata, Alzira, Algar Editorial, 2000.
8. **Stangeland P y Redondo S.:** Principios de criminología, Valencia, Tirant Lo Blanch, 2001.
9. **González de Rivera JL.:** El síndrome del acoso institucional. Medicina; 2000, Julio, 14-15.
10. **Irigoyen MF.:** El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana, Barcelona, Paidós, 2002.
11. **Lagner M.:** Mobbing und psychoterror am Arbeitsplatz. Sichere Arbeit; 1992, 5, 228.
12. **Leymann H.:** Silencing of a skilled technician. Work and Environment in Sweden; 1984, 4: 236-238.
13. **Lagner, M.:** When the job becomes unbearable. Work and Environment in Sweden; 1993, 12, 2930.
14. **López JA et al.:** Mobbing en puestos de trabajo de tipo administrativo. Medicina del trabajo; 1994, 1: 14-17.
15. **Pinkola Estés C.:** Mujeres que corren con los lobos. Mitos y cuentos del arquetipo de la mujer salvaje, Barcelona, Ediciones B, 1998.
16. **Piñuel y Zabala I.:** Mobbing, Madrid, Círculo de Lectores (hay otra edición en Sal Terrae), 2001.
17. **Martín F y Pérez J.:** El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, http://www.mtas.es/insht/ntp_476.htm, Marzo.
18. **Seligman MEP.:** Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte, Madrid, Debate, 1981.
19. **Scialpi D.:** La violencia en la gestión de personal de la Administración Pública, como condición necesaria para la corrupción, <http://www.probid.org.sv/revista>; 2002, 1-30.
20. **Scialpi D.:** Violencia en la Administración Pública: Casos y miradas para pensar la Administración Pública Nacional como ámbito laboral, Buenos Aires, Editorial Catálogos, 1999.
21. **Smith MJ.:** Cuando digo NO, me siento culpable, Madrid, Mondadori, 2000.
22. **Zapf D, Knorz C y 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.