

Estrés por mobbing. La clínica del acoso psicológico en el trabajo¹.
Stress and mobbing. Clinical aspects of work place harassment.

Prof. Jose Luis González de Rivera y Revuelta
Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica
Jefe del Servicio de Psiquiatría,
Fundación Jiménez Díaz, Madrid
28040 Madrid

RESUMEN:

Estudios con el LIPT-60, versión española del Leyman Inventory of Psychological Terrorization, establecen que las estrategias de acoso laboral más frecuentes son de naturaleza psicológica. Se define el acoso psicológico en el trabajo (APT), que incluye el “adult bullying” y el “mobbing”, como el mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, que tienen lugar de manera injusta y desmedida, sin posibilidad de escape ni defensa, favorecidas o permitidas por el entorno en el que tienen lugar, y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades. Como síndrome psicosocial complejo, requiere la interacción de tres grupos de factores, que dependen, respectivamente, del acosador, de la víctima y del entorno al que ambos pertenecen. Desde el punto de vista psiquiátrico, el acoso en el trabajo representa un acúmulo de acontecimientos vitales estresantes que adquieren en su conjunto naturaleza traumática. La observación clínica y los estudios con la versión española del SCL90R demuestran que tiene repercusiones clínicas importantes y graves. En el desarrollo del síndrome de estrés por acoso psicológico en el trabajo se suceden las fases de autoafirmación, desconcierto, depresiva, traumática y de estabilización. Esta última evoluciona hacia formas crónicas de tipo depresivo, hostil-paranoide, psicósomático o mixtas.

ABSTRACT

According to our studies with the LIPT-60 (Spanish expanded version of the Leymann Inventory of Psychological Terrorization) the most frequent work place harassment strategies are of psychological nature. Work Place Harassment (WPH), which includes adult bullying and mobbing, is defined as the intentional and persistent application of patterns of psychological mistreatment, unfair or excessive, without possibility of escape or defense, promoted or allowed by the psychosocial environment, whose ultimate aim is the elimination of the harassed or the impairment of his/her health or abilities. As a complex psychosocial syndrome, requires the interaction of three groups of factors, depending, respectively, of the harasser, the harassed and the environment to which both belong. From a psychiatric viewpoint, work place harassment represents the accumulation of stressful life events which combine to acquire a traumatic nature. Clinical observation and studies with the Spanish version of SCL90R show that WPH produce important and severe clinical manifestations. The development of the stress syndrome by WPH follows the phases of self-affirmation, disconcert, depression, trauma and stabilization. This last phase evolves to chronic forms of depressive, hostile-paranoid, psychosomatic or mixed type.

¹ Conferencia Invitada, Segundo Simposio de Psicología y Salud Ocupacional, Universidad de Puerto Rico, 4-5 de mayo de 2007

Estrés por mobbing. La clínica del acoso psicológico en el trabajo.

Prof. Jose Luis González de Rivera y Revuelta
Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica
Jefe del Servicio de Psiquiatría,
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

El término “Mobbing”, largamente utilizado por los etólogos, fue introducido en la clínica humana por Heinz Leymann, profesor de psicología laboral en la Universidad de Estocolmo. A pesar de sus resonancias anglosajonas, son los europeos continentales los que más lo utilizan. Los ingleses y los norteamericanos siguen prefiriendo la palabra “bullying”, tomada de la psicología escolar, o, simplemente, “work harassment”, equivalente a nuestro españolísimo “acoso laboral”.

Conceptualmente, puede considerarse como una forma de estrés psicosocial crónico, constituida por la acumulación prolongada de microtraumas interpersonales repetidos que tienen lugar en el medio laboral (1).

Aunque en algunos ámbitos y organizaciones sumamente primitivos puede que sigan utilizándose ataques físicos para atemorizar, ahuyentar o someter a los trabajadores, estas estrategias son hoy en día muy raras en entornos civilizados. En efecto, en nuestro primer estudio sobre estrategias de acoso en España (2), solamente 2,6 % de los trabajadores afectados refieren sufrir ataques físicos directos, mientras que 11,4 % refieren recibir *amenazas* de ataques físicos que no llegan a materializarse. Por el contrario, las estrategias de tipo psicológico son mucho más frecuentes, tal como puede comprobarse consultando la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de acoso más frecuentes en trabajadores afectados de APT
Gonzalez de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2003)

Estrategia de acoso	% (n=79)	Intensidad
Sus superiores no le dejan expresarse	91,1	2,46
Cuestionan y contrarían sus decisiones	84,8	2,04
Le interrumpen cuando habla	83,5	2,06
Critican su trabajo	82,3	2,15
Ocultan sus habilidades y competencias	82,3	2,28
Ignoran su presencia, no le responden	82,2	2,02
Exageran sus fallos y errores	79,7	2,01
Minimizan sus esfuerzos y logros	78,5	2,18
Informan mal sobre su permanencia y dedicación	77,2	2,01
Le gritan o le regañan	77,2	2,02
No le miran o le miran con desprecio	77,2	1,95
Provocan reacciones emocionales	75,9	2,22
Circulan rumores falsos	75,3	2,05
Evaluación parcial, injusta	73,1	1,92
Le cortan iniciativas	72,3	2,25
Le calumnian y murmuran	72,1	1,99
Amenazas verbales	70,9	1,77

Los resultados obtenidos en nuestro segundo estudio, que ha servido de base para la estandarización del Cuestionario de Estrategias de Acoso, arrojan resultados muy parecidos (3). Incomunicar, intimidar, desprestigiar y entorpecer el progreso del acosado mediante maniobras que no dejan huella corporal y, a ser posible, tampoco documental, son las formas de maltrato laboral más habituales. Por eso cada vez se usa más el término *acoso psicológico en el trabajo (APT)* como sinónimo de mobbing, seguido de cerca por *acoso moral*, introducido entre nosotros por influencia de la expresión popularizada en Francia por Hirigoyen, aunque algunos autores españoles, como Pablo Aramendi, le han dotado de significado propio (4). En otro contexto, he definido el *Acoso Institucional* como una forma especial de acoso psicológico que se da en organizaciones compactas y cohesivas que priman el poder, la conformidad y el control por encima de la autonomía, la satisfacción y la productividad (5). Sin embargo, no debe concluirse que estas dinámicas sean imprescindibles para que el APT tenga lugar. El maltrato psicológico es posible en todos los ámbitos de relación, lo mismo que lo son las ansias de poder, las envidias y los resentimientos. De todas maneras, raramente llegan estas debilidades o maldades humanas a cristalizar en acoso en instituciones sanas, dotadas, por su propia naturaleza, de mecanismos eficaces de detección y erradicación de pautas destructivas y maladaptativas. Inversamente, las organizaciones enfermas tienden a favorecer estas mismas prácticas, permitiendo el ascenso hasta posiciones de poder de “mediocres inoperantes activos” (6) psicópatas que atacan sistemáticamente a todo aquel que se oponga, difiera o no encaje en sus perversos² designios. Considerado desde esta perspectiva, el acoso psicológico es un síndrome psicosocial complejo, producido por la interacción entre el acosador, la víctima y el grupo al que ambos pertenecen, derivado de un ejercicio inapropiado del poder, y que resulta en daños personales y en el encanallamiento general del grupo donde tiene lugar. De manera más operativa, podemos también definir el Acoso Psicológico en el Trabajo (APT) como “*el mantenimiento persistente e intencional de pautas de maltrato psicológico, que tienen lugar de manera injusta y desmedida, sin posibilidad de escape ni defensa, favorecidas o permitidas por el entorno en el que tiene lugar, y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades*”. Ambos conceptos, maltrato y acoso, así como la relación entre ellos, se tratan en detalle en publicaciones anteriores (7, 8), por lo que me limitaré aquí a resumir brevemente las definiciones correspondientes:

ACOSO PSICOLÓGICO:

1. Maltrato psicológico o presión injusta y desmedida
2. Frecuente, repetido y persistente
3. Sin posibilidad de escape ni defensa
4. Favorecido o tolerado por el entorno
5. Cuya finalidad es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades

² En éste y en todos mis escritos utilizo el término *perverso* en su más estricto sentido etimológico, para significar el uso de algo para un fin distinto de aquel para el que fue diseñado. Acosar a un enemigo en una guerra es un uso adecuado del poder. Acosar a un empleado o a un miembro de la propia organización es un uso perverso del poder, por cuanto que éste es otorgado para mejor dirigir, guiar y proteger a los demás en el logro de los objetivos comunes.

MALTRATO PSICOLÓGICO: Interacción dañina o afectivamente perjudicial, consistente en alguna de las siguientes pautas:

- a) Amenazar, insultar, criticar, despreciar, ridiculizar, acechar, perseguir a una persona.
- b) Inducir sentimientos negativos, como miedo, desánimo, preocupación, inseguridad.
- c) Interferir con sus dinámicas mentales, dificultar la realización de sus actividades y tareas, sobrecargarle con exigencias y expectativas que no puede cumplir.

Es actualmente aceptado por la inmensa mayoría de los investigadores que no hay ningún rasgo psicopatológico ni de personalidad que defina a las víctimas de acoso antes de que lo sean. Dicho de otra forma, cualquiera puede ser objeto de acoso psicológico en el trabajo. Sin embargo, en mis estudios sobre Acoso Institucional he podido descubrir la conjunción de tres grupos de dinámicas, correspondientes respectivamente a la organización, al acosador y al *acosable* que, si coinciden, aumentan significativamente el riesgo de que este último sufra acoso (7). Curiosamente, las características de la persona en alto riesgo de acoso en una organización patológica son las mismas que le hacen ser querido y valorado en organizaciones sanas. En la tabla 2 presento esta conjunción de dinámicas, que, cuando están presentes de manera significativa, garantizan que, más tarde o más temprano, las pautas de acoso tendrán lugar en la empresa, institución u organización de que se trate.

Tabla2. - FACTORES DEL ACOSO INSTITUCIONAL
(Gonzalez de Rivera, 2002)

<u>ACOSADOR</u> (<i>síndrome MIA</i>)	<u>ACOSABLE</u>	<u>ENTORNO</u>
<ul style="list-style-type: none">•Mediocridad•Envidia•Control	<ul style="list-style-type: none">•Autenticidad•Inocencia•Dependencia afectiva	<ul style="list-style-type: none">•Aislamiento del exterior•Cohesión interna•Improductividad

Sea cual sea su personalidad, historia laboral y nivel de adaptación previo, la persona que sufre acoso psicológico en su trabajo experimenta, de manera progresiva, importantes alteraciones en su salud mental, en su capacidad laboral y en sus relaciones interpersonales. Aunque en ocasiones las estrategias de acoso empiezan con toda intensidad y virulencia desde el primer momento, no es esto lo habitual. Mucho más frecuente es que su comienzo sea insidioso y lento, progresando a través de varias fases de acción organizativa, que se corresponden con reacciones cada vez más patológicas por parte del acosado. La correspondencia entre las fases organizativas y los estadios clínicos del síndrome de acoso ha sido descrita en mi obra *El Maltrato Psicológico* (capítulos 7 y 8) y se presenta esquemáticamente en la tabla 3.

En su desarrollo típico, el acoso arranca, generalmente, a partir de un incidente o conflicto, nimio al principio, pero que pronto se complica y adquiere dimensiones y complicaciones inesperadas. Es a este fenómeno al que he denominado *perversión del conflicto*, por entender que, en lugar de intentar resolverlo, el acosador y sus cómplices persiguen su distorsión y exageración. No así el acosado, que, sorprendido por el desarrollo de los acontecimientos, entra en una primera fase reactiva, caracterizada por *autoafirmación* y cierta indignación. Es típico que durante este periodo multiplique sus esfuerzos por demostrar su competencia, capacidad y valía, así como que busque toda clase de medios para aclarar y deshacer lo que interpreta como un malentendido. Este es un momento crítico para su salud futura, porque su respuesta, por otra parte normal, no hace sino complicar las cosas y confirmar al acosador que tiene entre sus garras a la víctima apropiada, en el momento preciso. En los casos en los que el acoso no está todavía firmemente decidido de antemano, es aún posible parar su desarrollo, por lo menos de momento, si el acosado interrumpe sus esfuerzos por justificarse y dedica sus energías a hacerse el simpático, buscar aliados y, por supuesto, a desentenderse y evitar complicarse en el conflicto inicial. En todo caso, las manifestaciones clínicas no son todavía importantes, y se limitan a cierta inquietud y ansiedad, actitud agresiva moderada y leves alteraciones del sueño (7).

La siguiente fase organizativa es la de estigmatización, en la que las actitudes de desatención, rechazo y desprecio hacia el acosado se hacen cada vez más patentes. Hacia el final de la fase anterior y principio de ésta, la reacción psicopatológica del acosado entra en su segundo estadio clínico o de *desconcierto*. Literalmente, no puede comprender lo que está pasando. Empieza a dudar de sus propias percepciones e interpretaciones del conflicto. Su humor se vuelve variable, oscilando desde el apocamiento, timidez e inseguridad hasta la agresividad, inquietud y agitación. Dependiendo de su accesibilidad a los rumores que ya están circulando sobre él y de su sensibilidad al progresivo distanciamiento de sus compañeros, puede experimentar sentimientos de desconfianza e ideación autoreferencial, susceptibles de acabar desembocando en auténticas manifestaciones de paranoia reactiva (10). El efecto *paranógeno* del mobbing se empieza a notar ya en el segundo estadio clínico, pudiendo progresar hasta niveles claramente patológicos cuando la estabilización crónica se establece a costa de un desarrollo hostil-paranoide. (8, 11).

La pérdida de confianza en si mismo, la erosión de la autoestima y la falta de apoyo social conducen paulatinamente al tercer estadio clínico o *depresivo*. Las ganas de lucha van desapareciendo, junto con la motivación por el trabajo, la capacidad para las relaciones interpersonales y el sentido de adecuación personal para su actividad profesional o laboral. La clínica de este estadio guarda similitudes con la del Síndrome

Tabla 3. FASES DEL MOBBING.
 CORRESPONDENCIA ENTRE ESTADIOS CLÍNICOS Y FASES ORGANIZATIVAS EN EL DESARROLLO DEL ACOSO PSICOLÓGICO.
 Gonzalez de Rivera, JL y López Garcia-Silva, JA, 2003 (9)



de desgaste profesional, también llamado “burn-out” o síndrome del quemado, con el que a veces se presta a confusión. Las alteraciones psicopatológicas son ya evidentes, y pueden enturbiar o entorpecer las relaciones personales y familiares. Este estadio puede ser largo y acabar por estabilizarse directamente en un desarrollo depresivo o bien evolucionar de manera más o menos rápida hacia el cuarto estadio o de *estrés traumático*. La reacción de estrés, en el sentido clásico de respuesta de lucha-huida de Cannon (12), es ya evidente desde el primer estadio, siendo la consiguiente activación simpático-suprarrenal responsable de muchas de las alteraciones observadas desde el principio, tales como los trastornos en la conciliación del sueño, los sentimientos de inquietud, tensión y ansiedad y las manifestaciones psicósomáticas (taquicardias, ahogos, molestias digestivas...). Sin embargo, es en este cuarto estadio cuando se añaden los síntomas clínicos característicos del estrés traumático, generalmente observados tras atentados, catástrofes o accidentes puntuales graves. Conceptualmente, consideramos que, aunque cada incidente aislado de acoso no tiene entidad suficiente por sí mismo para generar el síndrome traumático, su acumulación si la tiene, acabando por desencadenar la constelación sintomática característica, con dificultades de la atención, la concentración y la memoria, rememoraciones obsesivas, pesadillas recurrentes y conductas de evitación del entorno laboral. Cada incidente de acoso constituye un micro-trauma que, en su confluencia conjunta, acaba por sobrepasar la capacidad de procesamiento cerebral y desencadena los síntomas característicos de este estadio.

Tabla 4. SINTOMAS DEL ESTADIO TRAUMÁTICO DEL SINDROME DE ACOSO,

- PRESIÓN FOCALIZADA DEL PENSAMIENTO
- DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN
- INTRUSIONES OBSESIVAS
- SUEÑOS RECURRENTES
- DIFICULTAD EN LEVANTARSE POR LA MAÑANA
- TEMOR AL LUGAR DE TRABAJO
- ANSIEDAD - DEPRESIÓN
- SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

Después de un cierto tiempo, durante el cual el deterioro personal y laboral es cada vez más evidente y son frecuentes los conflictos familiares (“los problemas del trabajo se llevan a casa”), el cuadro clínico tiende a estabilizarse, con una mezcla de síntomas depresivos, ansiosos, obsesivos y psicósomáticos. La importancia de síntomas de tipo hostil e hipersensitivo es un hallazgo reciente (11, 13), que plantea problemas de diagnóstico diferencial con síndromes paranoides. Después de estudiar un buen número de casos en los que tiene lugar este desarrollo, hemos podido establecer una serie de criterios que facilitan el diagnóstico diferencial entre el paranoidismo estructural, patología idiosincrásica de origen previo a las dificultades laborales, y el paranoidismo reactivo, secundario a esas mismas dificultades (10).

Otros tipos de evolución crónica, tanto o más frecuentes, son el depresivo, el psicósomático y el mixto. En cualquier caso, la patología sigue un curso incapacitante, sin grandes cambios a mejor ni a peor, independiente de las mejoras que puedan tener lugar en el entorno laboral. De ahí que denominemos a este estadio “de estabilización crónica”.

Tabla 5. TIPOS DE EVOLUCION CRÓNICA DEL SINDROME DE ACOSO

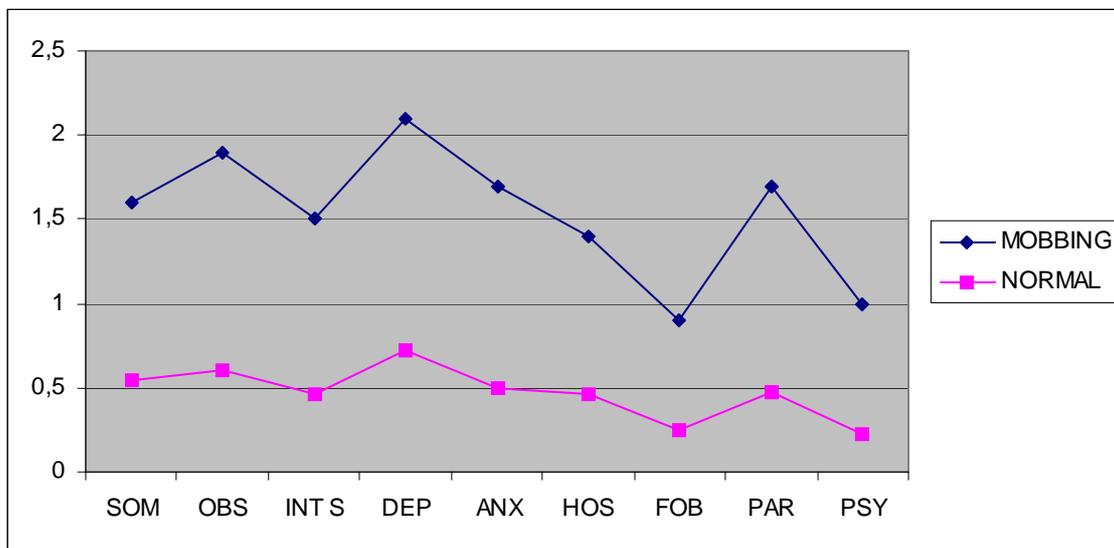
NEGACION: El afectado pretende que no pasa nada y que la vida es así
 DEPRESIVO: Como un trastorno por Depresión Mayor.
 HOSTIL-PARANOIDE: Con predominio de rasgos de hipersensibilidad y vengatividad.
 PSICOSOMÁTICO: Con predominio de trastornos funcionales, que suelen ser, sobre todo, de tipo muscular, articular, digestivo o cardiovascular.
 MIXTO: Síntomas de todo tipo presentes, sin predominio claro de ninguno de ellos.
 Frecuentemente diagnosticado como “Trastorno ansioso-depresivo”

Una vez estabilizado, el síndrome de acoso es un trastorno grave, altamente incapacitante, que tiende a seguir un desarrollo crónico y resistente al tratamiento. En nuestro estudio con el SCL90R (13, 14) en una muestra de 194 afectados hemos encontrado un perfil general de psicopatología bastante severo, con mayor puntuación en todas las escalas comparativamente con la población general, y valores más altos en hostilidad, ideación paranoide, síntomas obsesivo-compulsivos y depresión que la media hallada en pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Tabla 6. Psicopatología en afectados de APT, en comparación con la población general. (González de Rivera y Rodríguez-Abuin, 2006)

	<i>MOBBING</i> <i>(n = 194)</i>	<i>POBLACIÓN GENERAL</i>
SOMATIZACIÓN	1,6	0,55
OBSESION - COMPULSION	1,9	0,6
HIPERSENSIBILIDAD	1,5	0,46
DEPRESIÓN	2,1	0,72
ANSIEDAD	1,7	0,5
HOSTILIDAD	1,4	0,46
FOBIAS	0,9	0,25
PARANOIDISMO	1,7	0,47
PSICOTICISMO	1	0,22

Fig. 1: Perfil psicopatológico de víctimas de mobbing, en comparación con la población general



EN CONCLUSION, El acoso psicológico en el trabajo o mobbing produce un cuadro clínico psiquiátrico y psicosomático que puede llegar a ser muy grave e incapacitante, de instauración progresiva y tendencia hacia la evolución crónica. Su respuesta al tratamiento es pobre con las técnicas habituales, aunque ofrece cierta esperanza la aplicación de métodos derivados del tratamiento de las crisis traumáticas (15)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalez de Rivera, JL: Nosología Psiquiátrica del Estrés. *Psiquis*, 2001, 22:1-7
2. Gonzalez de Rivera J.L. y Rodriguez-Abuin, MJ . Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 2003, 24: 59-69.
3. Gonzalez de Rivera, J.L.y Rodriguez-Abuin, M.J. Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. Manual del LIPT-60. Madrid, EOS, 2005.
4. Aramendi, P: El acoso laboral y el acoso moral: Propuestas para su distinción conceptual y para su protección judicial. En: JL Gonzalez de Rivera (Ed.) *Las Claves del Mobbing*. Editorial EOS, Madrid, 2005, págs. 189-207
5. Gonzalez de Rivera, JL: El síndrome de Acoso Institucional. *Diario Médico*, Madrid, 18 de julio de 2000.
6. Gonzalez de Rivera, JL: El trastorno por Mediocridad Inoperante Activa. (Síndrome MIA). *Psiquis*, 1997, 18:229-231
7. Gonzalez de Rivera, J.L. . El maltrato psicológico. Cómo defenderse del “mobbing” y otras formas de acoso. Madrid, Espasa, 2002.
8. Gonzalez de Rivera, JL (Ed.): *Claves del Mobbing*. Editorial EOS, Madrid, 2005, págs. 15-34
9. Gonzalez de Rivera, JL y Lopez Garcia-Silva, JA: La valoración médico legal del mobbing o acoso laboral. *Psiquis*, 2003, 24:104-107
10. Rodríguez Abuín, MJ y Gonzalez de Rivera, JL: Diagnóstico diferencial del paranoidismo en los síndromes de acoso. *INTERPSIQUIS*, 2006
www.psiquiatria.com/articulos/estres/25255/
11. Gonzalez de Rivera, J.L. y Rodriguez-Abuin, M.J. *Bullying breeds paranoia*. *Brit. J. Psychiatr.* 29 Sept 2005 <http://bjp.rcpsych.org/cgi/eletters/184/4/352#764>,
12. Gonzalez de Rivera, JL: *Medicina Psicosomática*. Editorial ADES, Madrid, 2003
13. Gonzalez de Rivera J.L. y Rodriguez-Abuin. Psychopathological effects of Work Place Harassment. Scientific and Clinical Report n° 39 – Session 13. Violence, Trauma and Victimization. Syllabus and Proceedings Summary p. 85. American Psychiatric Association 159th. Annual Meeting, Toronto, 2006.
14. Gonzalez de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodriguez-Abuin, M.J. y Rodriguez-Pulido, F.. El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis). Madrid: Tea, 2002
15. González de Rivera, JL: *Crisis Emocionales*. Espasa, Madrid, 2006