

EL SÍNDROME DEL ACOSO INSTITUCIONAL

J. L. González de Rivera y Revuelta

El concepto de acoso grupal o "mobbing" fue introducido en las ciencias sociales por el etólogo Konrad Lorenz, como extrapolación de sus observaciones en diversas especies animales en libertad. En su significado original más simple, se llamó mobbing al ataque de una coalición de miembros de una misma especie contra un individuo más fuerte.

Actualmente, el término se aplica a situaciones grupales en las que un sujeto es sometido a persecución, agravio o presión psicológica por uno o varios miembros del grupo al que pertenece, con la complicidad o aquiescencia del resto. En realidad, el fenómeno, aunque poco estudiado, es conocido desde antiguo, con los nombres de "síndrome del chivo expiatorio" y "síndrome del rechazo de cuerpo extraño".

Shuster (1996) considera que el acoso institucional es una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir un ser humano en situaciones sociales ordinarias. Lo define como "ser objeto de agresión por los miembros del propio grupo social", y lo distingue de dos situaciones próximas: el rechazo social ("peer rejection"), en el que el individuo puede ser excluido por sus iguales de contactos e interacciones, pero no perseguido, y la desatención social ("peer neglect"), en la que el individuo es, simplemente, ignorado.

Su ocurrencia se ha descrito en instituciones altamente reglamentadas y homogéneas, como en escuelas, fuerzas armadas y cárceles, así como en instituciones conservadoras, en las que hay poca tolerancia a la diversidad, identidades compartidas y fuertes vínculos interpersonales entre sus miembros. La presentación de acoso psicológico es más probable en organizaciones relativamente cerradas, cuya cultura interna considera el poder y el control

como valores prioritarios sobre la productividad y la eficacia. Por eso, dentro del ámbito empresarial, parece darse con más frecuencia en universidades, hospitales y ONGs, aunque ninguna entidad, pública o privada, parece estar a salvo del problema.

En cuanto a los individuos en riesgo, varios estudios independientes, como los de Leyman, Schuster y Adams, coinciden en describir en ellos características comunes, que pueden resumirse en las dos siguientes:

- 1) Son diferentes, en aspecto, conducta, valores, actitudes, etc, con respecto al grupo general
- 2) Su presencia provoca un cuestionamiento implícito sobre los símbolos, características y valores que dan homogeneidad al grupo.

Aplicando estos dos criterios, podemos clasificar a los sujetos en riesgo de padecer "mobbing" en tres grandes grupos:

- 1) Envidiables, personas brillantes y atractivas, fácilmente consideradas como peligrosas o competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se sienten cuestionados por su mera presencia.
- 2) Vulnerables, individuos con alguna peculiaridad o defecto, o, simplemente, depresivos necesitados de afecto y aprobación, que dan la impresión de ser inofensivos e indefensos y,
- 3) Amenazantes, activos, eficaces y emprendedores, que ponen en evidencia lo establecido y pretenden imponer reformas o implantar una nueva cultura.

El cuadro clínico reviste dos formas principales, la depresiva y la de estrés-ansiedad.

a) En su vertiente patoplástica depresiva, la clínica es muy parecida a la del síndrome de desgaste profesional o "burnout", aunque con mayores dudas sobre la auto-identidad, y con tendencia a la idealización

de las mismas estructuras o personas responsables de la persecución. Recordemos que el síndrome de estrés profesional o burnout se caracteriza por la sensación de estar desbordado, agotamiento de la capacidad adaptativa y desinterés por todo lo que antes era importante para el individuo. Los síntomas principales del "burnout" se agrupan en tres categorías:

- 1) Cansancio emocional, que se traduce por agotamiento físico y psíquico, abatimiento, sentimientos de impotencia y desesperanza, desarrollo de un auto-concepto negativo y actitudes negativas hacia el trabajo y la vida en general.
 - 2) Evitación y aislamiento, traducido en conductas de absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con personal o atender al público, y en actitudes emocionales frías, distantes y despectivas.
 - 3) Sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de su capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación personal en el trabajo. En ocasiones, este tercer grupo de síntomas pueden manifestarse de manera paradójica, reactivamente recubiertos por titánicos esfuerzos por mostrar una gran dedicación y entusiasmo.
- b) La segunda presentación clínica, la de estrés - ansiedad, presenta rasgos comunes con el Trastorno de Estrés Postraumático, caracterizado por intrusiones obsesivas y sueños repetitivos relacionados con la situación de acoso, hiperactividad simpática, irritabilidad y desarrollo progresivo de conductas de evitación.

La repercusión familiar del síndrome puede ser importante, con aumento de la tensión entre los cónyuges y mayor morbilidad general, tanto en ellos como en sus hijos. Desde el punto de vista laboral, se acompaña con frecuencia de absentismo, bajas prolongadas y cambios bruscos de entorno laboral. El suicidio es una complicación grave, sobre la que han llamado la atención entre nosotros López García Silva y Camps del Saz. El riesgo es mayor en profesionales cualificados que derivan importante gratificación de su trabajo, y para

quienes el desprestigio derivado de la situación de acoso interfiere gravemente con su sentido de identidad y valía personal. Leyman señala que la elección del lugar de trabajo como escena del acto suicida representa un último intento desesperado de rebeldía o una acusación póstuma.

Una de las características más llamativas del síndrome, común a sus dos variantes clínicas, es la dificultad de la víctima para entender lo que está pasando, y para organizar su propia defensa. En términos vulgares, diríamos que "no se lo puede creer". Este factor cognitivo ha sido uno de los mayores obstáculos para la identificación, tratamiento y prevención de este síndrome. De hecho, la mayoría de estudios sobre Estrés Profesional lo obvian completamente, y ponen todo el énfasis en el propio sujeto, más que en la corrección de los condicionantes patógenos del entorno.

Desde el punto de vista psicosocial, además de la víctima propiciatoria, son necesarios dos elementos más para completar las circunstancias en las que se desarrolla el síndrome:

1. La presencia de una persona que asuma el papel de perseguidor principal, investida de la suficiente autoridad o carisma como para movilizar las dinámicas grupales de acoso. Su personalidad presenta una peculiar combinación de rasgos narcisistas y paranoides, que le permiten autoconvencerse de la razón y justicia de su actividad destructiva. Hirigoyen considera que se trata de una forma asexual de perversión, Field la clasifica entre las psicopatías agresivas, y González de Rivera la describe con el nombre de Síndrome MIA (Síndrome de Mediocridad Inoperante Activa), un trastorno de la personalidad que se caracteriza por exacerbación de tendencias repetitivas e imitativas, apropiación de los signos externos de la creatividad y el mérito, ansia de notoriedad, que puede llegar hasta la impostura, y, sobre todo, intensa envidia hacia la excelencia ajena, que procura destruir por todos los medios a su alcance.

Las maniobras principales que el mediocre inoperante activo utiliza para el acoso psicológico de su víctima son las siguientes:

- a) Someterle a acusaciones o insinuacio-

- nes malévolas, sin permitirle defenderse o expresarse;
- b) Aislarle de sus compañeros, privarle de información; interrumpir o bloquear sus líneas de comunicación;
 - c) Desconsiderar e invalidar su trabajo, distorsionar o tergiversar sus actividades y comentarios, atribuirle motivaciones vergonzantes.
 - d) Desacreditar su rendimiento, dificultar el ejercicio de sus funciones, ocultar sus logros y éxitos, exagerar y difundir, fuera de contexto, todos sus fallos, tanto reales como aparentes.
 - e) Comprometer su salud, física y psíquica, mediante una constante presión estresante que provoca alteraciones depresivas y psicósomáticas, o actos de huida, como la renuncia brusca al puesto laboral o el suicidio.
2. La colaboración y permisividad del resto del personal de la organización. La persecución psicológica se desarrolla en medio de un sorprendente silencio e inhibición de los observadores, que, aunque plenamente conscientes del abuso e injusticia de la situación, se abstienen de intervenir, sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia. También es posible que Individuos ambiciosos de escasa valía profesional aprovechen conscientemente la situación, que les favorece al entorpecer o eliminar a un competidor más cualificado.

Tim Field, que ha estudiado extensamente el mobbing (que él llama "bullying") en Inglaterra, considera que los médicos y enfermeras del sistema británico de salud (NHS) corren riesgo de sufrir acoso institucional, por otra parte frecuente en los sistemas de salud en general. Partiendo de su clasificación de los seres humanos, en cuanto a su actitud de servicio, en "empáticos" y "controladores", Field establece el siguiente razonamiento explicativo:

- a) Los rasgos empáticos, tales como sensibilidad, comprensión del sufrimiento ajeno e interés por el desarrollo y bienestar de los demás, predominan entre el personal asistencial, entre otras razones, por que son el determinante natural

de su elección profesional.

- b) Los rasgos controladores predominan entre los burócratas y personal directivo, ya que estos rasgos llevan naturalmente a evitar la relación con el enfermo y a dedicarse a la gestión, control y optimización de recursos.
3. En estas condiciones, la relación de gestión, control y optimización puede fácilmente pervertirse hacia conductas de acoso, por cuanto que los burócratas directivos cosifican la relación médico-enfermo, y pueden Interpretar las actitudes y necesidades asistenciales como un reto o amenaza contra su poder institucional.

Bibilografía

1. Adams, A y Crawford, N: Bullying at work. Virago Press, London, 1998.
2. Davenport, N, Schwartz, RD y Elliot, GP: Mobbing. Emotional abuse in the american workplace. Civil Society Publishing, Ames, Iowa, 1999.
3. De las Cuevas C, González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M y Ruiz-Benítez, A: Burnout y reactividad al estrés. Revista de Medicina de la Universidad de Navarra, 1997, 41:10-18
4. Field, T: Bully in sight. How to predict, resist, challenge and combat workplace bullying. Wessex Press, Wantage, Oxfordshire, 1996 .
5. González de Rivera, JL: El síndrome post-traumático de estrés (SEPT). Psiquis, 11:290-298 (1990)
6. González de Rivera, J. L. El trastorno por mediocridad inoperante activa. Psiquis, 1997, 18:229-231
7. Hirigoyen, MF: El acoso moral. Paidós, Barcelona, 1999
8. Leymann, H: Mobbing. Seuil, París, 1996.
9. López García Silva, JA, Camps del Saz, P: Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral. Mapfre Medicina, 1999, 10:253-260
10. Mingote, JC y Pérez Corral. El estrés del médico. Díaz de Santos, Madrid, 1999
11. Schuster, B: Mobbing, bullying and peer rejection. American Psychological

Association.www.apa.org/psa/julaug96/

sb.html pp. 110.