

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 54 - N°1
Buenos Aires - Marzo 2008

ISSN: 0001 - 6896

Editorial

1. La investigación científica
CESAR A. CABRAL

Originales

3. Observaciones sobre el uso de drogas y el encuentro *rave*
HUGO A. MIGUEZ
8. La actividad antioxidante y la capacidad cognitiva. Hipótesis de aproximación
GREGORIO GÓMEZ JARABO, ÁNGELA CASADO, ANA ESCOBAR CIRUJANO, LUCÍA DARÍN
21. *Mobbing* y sus consecuencias: el síndrome ansioso-depresivo por acoso moral
GUSTAVO E. TAFET, DIEGO J. FEDER
28. Recuperación de las funciones neurológicas superiores mediante inmunoterapia, en pacientes con la forma cerebral infantil de adrenoleucodistrofia
GUSTAVO A. MOVIGLIA, ALICIA E. PEREYRA
46. Calidad de vida en la menopausia: construcción de un cuestionario para su evaluación en Argentina
NÉSTOR SISELES, CRISTINA PECCI, LEILA MIR CANDAL, PAMELA GUTIÉRREZ

Revisión

55. Aportes del enfoque ecológico a los estudios sobre calibración
GUILLERMO MACBETH, ALFREDO LÓPEZ ALONSO

Entrevista a Carlos Gotelli

62. Investigación científica y medios: una controversia sin fin
MARIA de los ÁNGELES LOPEZ GEIST

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 54 - N°1

Buenos Aires - Marzo 2008

ISSN: 0001 - 6896

Notas

68. Homenaje a César Cabral en su nonagésimo aniversario
LUIS MEYER
70. XVI Congreso del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española
GUSTAVO E. TAFET
72. *In memoriam*. Mauricio Knobel (1923-2008). Emilio Rodrigué (1924-2008)
OCTAVIO GALLEGO LLUESMA



Fundación **acta**
Fondo para la salud mental



Centro Colaborador de la OPS/OMS

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica N°4863/66
inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el N°1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

César A. Cabral: Presidente
Mario Vidal: Vicepresidente 1°
Edith Serfaty: Vicepresidente 2°
Diana Vidal: Secretaria
Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolas Stepke: Director Técnico
Lucía Rossi: Vocal
Ernesto Martín-Jacod: Vocal
Lilian Carvajal: Vocal

Sede Social: M. T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAH - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Tel.: (54 11) 4342-1196 - fuacta@acta.org.ar

CC 170, Suc. 25. Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Administración/Suscripciones: (54 11) 4342-1196 int.:100 - fuacta@acta.org.ar

www.acta.org.ar

Mobbing y sus consecuencias: el síndrome ansioso-depresivo por acoso moral

GUSTAVO E. TAFET, DIEGO J. FEDER

GUSTAVO E. TAFET
Doctor en medicina,
especialista en
psiquiatría (UBA).
Master en ciencias
(Instituto Científico Weizmann).
Departamento de Psiquiatría y
Neurociencias,
Universidad Maimonides.
Ciudad de Buenos Aires,
República Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

DIEGO J. FEDER
Doctor en psicología.
Departamento de Psiquiatría y
Neurociencias,
Universidad Maimonides.
Ciudad de Buenos Aires,
República Argentina.
diegofeder@yahoo.com.ar

CORRESPONDENCIA
Doctor Gustavo E. Tafet.
Hidalgo 775, C1405BCK.
Ciudad de Buenos Aires,
República Argentina.
psychiatry@maimonides.edu

Se ha demostrado que el estrés crónico cumple un rol fundamental en el origen y desarrollo de diferentes cuadros clínicos, particularmente los trastornos de ansiedad y depresión. En ese sentido, hemos observado un cuadro clínico caracterizado por elevados niveles de ansiedad y depresión, particularmente en aquellas personas expuestas de manera sostenida y prolongada a situaciones de acoso moral, u otro tipo de hostigamiento psicológico. En estos casos se puede identificar claramente uno o más sujetos que acosan deliberadamente a su víctima, que va sufriendo los efectos en su salud mental, física y social. Estas situaciones se caracterizan por un tipo de estrés psicosocial en el que la identificación del factor desencadenante representa un aspecto fundamental, tanto en el diagnóstico como en el desarrollo de estrategias terapéuticas más precisas y eficaces, constituyendo un cuadro que identificamos como *síndrome ansioso-depresivo por acoso moral* (SADAM).

Palabras clave:

Ansiedad – Depresión – Acoso.

Mobbing and beyond: anxious-depressive syndrome by psychological harassment

It has been shown that chronic stress is involved in the origin and development of different clinical conditions, more specifically depression and anxiety disorders. Therefore, we observed that people exposed to situations of psychological harassment, in a prolonged and sustained manner, usually present a clinical condition characterized by extreme levels of anxiety and depression. In such conditions it is possible to identify an aggressor, who deliberately exerts harassment against a victim, who in turn suffers the deleterious effects at the psychological, physical and social levels. Therefore, we described this condition as an anxious-depressive syndrome by psychological harassment (ADSPH), where the identification of the triggering factors represents a critical feature for an accurate diagnosis, as well as for the development of more specific therapeutic strategies.

Keywords:

Anxiety – Depression – Harassment.

Introducción

Los crecientes avances en la investigación acerca del estrés y sus consecuencias, tanto a nivel de sus mecanismos neurobiológicos como en sus aspectos psicosociales, han permitido el desarrollo de importantes estudios destinados a establecer con mayor precisión los criterios diagnósticos para distintos cuadros clínicos relativos al estrés. De esta manera, se han descrito distintos cuadros que contemplan la incidencia de diferentes estímulos ambientales, denominados factores de estrés, ya sea en función de su intensidad, de sus características intrínsecas o de su persistencia en el tiempo, tal como se observa en el estrés agudo y en el estrés crónico. En ese sentido, se ha demostrado que la incidencia de distintos factores de estrés, que convergen de manera sostenida y prolongada en un sujeto, puede conducir a diferentes cuadros de estrés crónico. Esto se observa claramente cuando los factores de estrés son percibidos como indeseables, impredecibles e incontrolables, y más aún cuando el sujeto considera que carece de los recursos necesarios para afrontar adecuadamente la situación de demanda.

En el ser humano, la respuesta al estrés tiene como función principal una rápida y eficaz adaptación a variables de tipo psicosocial, principalmente aquellas que impliquen cierta relevancia emocional, de manera que la activación persistente y sostenida de dichas respuestas, tal como se observa en el estrés crónico, podría llevar a numerosos cambios fisiopatológicos, claramente identificables en los trastornos de ansiedad y en la depresión [4]. En ese sentido, el DSM IV menciona un cuadro específico para el trastorno por estrés agudo (TEA), y numerosos cuadros que se podrían considerar como trastornos por estrés crónico. Entre ellos se destacan el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT), como cuadros frecuentemente observados ante situaciones de estrés crónico [2]. Más recientemente, a fines del siglo XX y comienzos del XXI numerosos investigadores, en diferentes partes del mundo, comienzan a observar una serie de trastornos por estrés crónico que se caracterizan por su estrecha

relación con una particular interacción con el entorno psicosocial, ya sea laboral, profesional o escolar. De esta manera, buscan implementar una nueva terminología para describir lo que observan como una situación crónicamente tóxica y progresivamente destructiva. Entre las primeras descripciones, los investigadores británicos y australianos comienzan a utilizar la expresión *bullying* (tomado de la palabra inglesa *bull*, que significa "toro", con lo cual *bullying* podría traducirse al español como "toreo"), mientras que los norteamericanos y la mayoría de los europeos incorporan la expresión *mobbing* (proveniente de la palabra inglesa *mob*, que alude al accionar de un grupo violento o agresivo, como una "mafia" o "patota") para designar al acoso moral en el lugar de trabajo, reservando el término *bullying* para el acoso moral que puede sufrir un niño, principalmente pero no de forma exclusiva, en el entorno escolar. Ambos términos fueron introducidos inicialmente por investigadores escandinavos entre los años '70 y '80. El concepto que prevalece en estas descripciones es el de "acoso" u "hostigamiento" (traducciones de la palabra inglesa *harassment*), que alude a la actitud persecutoria que se va estableciendo de manera sostenida y prolongada, lo cual ha sido descrito como "acoso moral", "acoso psicológico" e incluso como "terrorismo psicológico".

Definición de *mobbing*

El *mobbing*, hostigamiento laboral o acoso moral en el trabajo, constituye una situación de estrés crónico, provocado de manera deliberada por una o más personas, que ejercen su maltrato psicológico de forma sostenida y sistemática sobre un sujeto determinado, degradando paulatinamente su autoestima, vulnerando de manera flagrante su dignidad e integridad psicológica, socavando sus posibilidades de interacción y adaptación y, en última instancia, devastando sus recursos psico-sociales [5]. Una persona puede sufrir acoso por parte de sus pares, jefes o incluso subordinados, quienes pueden llevar adelante este proceso durante meses y hasta años, con el propósito de hostigar, ame-

drentar e intimidar a la víctima hasta lograr su exclusión o eliminación del sistema. Al mismo tiempo, este proceso se alimenta de las necesidades insaciables de agredir y destruir por parte del hostigador, quien no escatima esfuerzos en el ejercicio de sus impulsos más perversos y sus tendencias psicopáticas [8].

En este proceso se puede identificar una serie de fases, cuya duración puede variar en función de diversos factores relativos a la víctima y a su entorno. En la primera fase se observa un entorno más o menos estable en el que se establece un conflicto, generalmente sobre la base de algún incidente crítico aparentemente irrelevante pero que va generando una rápida escalada de violencia, que toma por sorpresa a la víctima, quien aún no llega a registrar el proceso. En una segunda fase se van consolidando las bases del juego perverso, y se establecen los supuestos argumentos que permiten sostener la estigmatización de la víctima y el consecuente aislamiento y el hostigamiento del que comienza a ser objeto. En esta fase, donde el acoso ya está en marcha, existen grandes posibilidades de reclutar nuevos cómplices en el entorno, que de manera activa o pasiva terminan brindando apoyo logístico a los hostigadores, quienes se amparan en una supuesta impunidad para continuar acosando y agrediendo continuamente. Esto va generando en la víctima una sensación de confusión, donde puede plantearse las supuestas causas que la hacen merecedora del castigo, lo cual a su vez le genera una mayor inseguridad y sensación de culpabilidad. Su creciente frustración e irritabilidad pueden hacer que la víctima responda de manera agresiva a las hostilidades, lo cual permite a sus agresores confirmar un supuesto desequilibrio mental, que ya estaba presente en el sujeto mucho antes del inicio de las hostilidades. De esta manera, los acosadores pretenden presentar los efectos de su hostigamiento como supuestas causas de la situación que ellos mismos han generado, intentando invertir los roles a los ojos de los demás miembros del sistema. Esta fase de acoso termina logrando su propósito, al hacer aparecer a la víctima como merecedora del castigo, de tal manera

que la misma persona que resulta víctima del acoso termina por plantearse e incluso aceptar la legitimidad del proceso que se lleva a cabo en su contra. Esto genera una mayor dificultad para la utilización de sus propios recursos, impidiendo una adecuada respuesta a las agresiones, y finalmente la sensación de desesperanza e indefensión aprendidas que surgen ante el acoso, generando a su vez las primeras consecuencias clínicas en su salud mental, física y social.

En una tercera fase puede intervenir alguna instancia organizacional de orden superior, un presidente o director que, según los criterios con que se maneje, podrá tomar seriamente la situación para su inmediata resolución, teniendo en cuenta el acoso sufrido por la víctima, o considerarla un problema que afecta el normal desarrollo organizacional, lo que lleva a una nueva estigmatización de la víctima, en este caso como responsable del proceso que acaba de sufrir, determinando su exclusión del sistema. En esta etapa, el sujeto puede solicitar ayuda profesional. Por lo general, quienes han sido víctimas de *mobbing* suelen consultar por síntomas de tipo psicossomático, cuadros de ansiedad o depresión que surgen como consecuencia de dicho proceso, ignorando o simplemente evitando mencionar las causas. Esta particular forma de encarar el motivo de la consulta, con el consecuente manejo distorsionado de la información, es producto de la propia visión distorsionada que suele tener el sujeto acerca de sí mismo y de su padecimiento, lo cual a su vez dificulta un adecuado diagnóstico y la implementación del tratamiento [9].

Mientras que el concepto de *mobbing* describe una situación de acoso psicológico que rara vez involucra agresión física, el *bullying* puede incluir agresión psicológica y física por igual. Por esa razón es más frecuente aplicar el término *mobbing* para describir el acoso moral en el entorno laboral, mientras que *bullying* suele designar el acoso psicológico, pero también físico, que puede ocurrir en el entorno escolar.

Definición de *bullying*

Al igual que el ya descrito *mobbing*, el *bullying*, hostigamiento o acoso moral en el entorno escolar, constituye una situación de estrés crónico, provocada de manera deliberada por una o más personas que ejercen su maltrato psicológico, de forma sostenida y sistemática sobre un sujeto determinado, degradando paulatinamente su autoestima, vulnerando su integridad psicológica y devastando también sus recursos psico-sociales. Un niño puede sufrir acoso en su entorno escolar por parte de uno o más de sus pares, quienes pueden llevar adelante este proceso durante meses e incluso años, con el propósito de hostigar, amedrentar e intimidar a la víctima. Esto puede deberse a la intención del hostigador de lograr algún tipo de beneficio concreto, o simplemente de satisfacer las necesidades insaciables de agredir y destruir por parte del hostigador y sus cómplices, como parte de un patrón de conducta perverso y antisocial. En estos casos, el hostigador suele buscar una forma de compensar sus propias falencias, sus inseguridades y su falta de autoestima, mediante un modelo perverso de interacción social basado en la agresión y la exclusión de otros. En este tipo de interacción el acosador suele reclutar a otros pares, con quienes forma bandas o grupos de acosadores que se suman rápidamente al comportamiento hostil contra la víctima. El acoso observado en estos procesos suele incluir agresiones verbales (mediante burlas e insultos directos, o hablando de manera indirecta), conductas tendientes a la exclusión y el aislamiento social, y agresiones físicas (por medio de golpes o amenazas con objetos). En consecuencia, la víctima comienza a sufrir miedo y rechazo al entorno donde se siente agredida, experimenta pérdida de su autoestima y de confianza en sí misma y siente una creciente imposibilidad de responder a las amenazas y agresiones. Si sus pedidos de ayuda no son oportunamente atendidos, o si siente que no tiene referentes a quienes pedir ayuda o dichos referentes no pueden, no quieren o no saben cómo ayudarlo, es muy probable que ingrese en el círculo vicioso de la desesperanza e indefensión aprendida. Esto representa el punto de

partida de las graves consecuencias que se van a producir en su rendimiento escolar y en su salud mental, física y social [7].

Consecuencias clínicas del acoso

El acoso moral representa una situación de estrés crónico de tipo psicosocial, ya que comienza con un conflicto social entre un sujeto y su entorno, que va evolucionando gradualmente hasta alcanzar un nivel de severidad extremo. En consecuencia puede identificarse como factor desencadenante de diversos cuadros clínicos, incluyendo diferentes trastornos de ansiedad y depresión. Entre los cuadros de ansiedad descritos se destaca el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) como uno de los cuadros más comúnmente observados en víctimas de *mobbing*. Esto se observa con mayor frecuencia cuando la víctima sufre un largo proceso de acoso, que incluye la constante amenaza de despido, en especial en personas de cierta edad que, por tal razón, temen quedar excluidas del mercado laboral. El sujeto vive acosado por la amenaza, y al mismo tiempo se resiste a abandonar la organización por temor a quedar definitivamente excluido [6]. El TEPT resulta mucho más severo si la situación traumática se desarrolla durante largos períodos y las consecuencias involucran lo que percibe como una violación flagrante de sus derechos, lo que se prolonga en conflictos psicosociales posteriores a su exclusión de la organización, por ejemplo con el sistema de salud. De esta manera, la víctima sufre las consecuencias de un entorno disruptivo, tal como se observa en el síndrome de ansiedad por interrupción (SAD). En este caso los factores desencadenantes no están identificados como eventos estresantes, sino que se asocian claramente a un entorno disruptivo, y existen factores concurrentes que dependen de ese mismo entorno, por lo cual, a diferencia del TEPT, en el SAD la atención no se fija en eventos específicos sino en un entorno cuyas características lo definen como factor disruptivo en sí mismo [3].

Otro cuadro de ansiedad frecuentemente observado entre las víctimas de *mobbing* es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en

el que predominan la ansiedad y preocupación excesivas acerca de diversas situaciones. En este caso, el TAG suele presentarse unido a un cuadro depresivo, con predominio de síntomas de ansiedad, angustia y depresión. En ese sentido, la víctima de acoso moral va perdiendo objetividad con respecto a las amenazas y hostilidades por un lado, y por otro lado con respecto a sus recursos y sus posibilidades de respuesta, pudiendo llegar a un estado de desesperanza, impotencia o indefensión. De acuerdo con el modelo de la "indefensión aprendida" o "desesperanza aprendida" (traducciones de la expresión inglesa *learned helplessness*) [1], un sujeto sometido a una situación de estrés tiende a reaccionar generando una respuesta adaptativa, de manera de neutralizar o superar la demanda, mientras perciba que existe alguna posibilidad real de producir un cambio significativo mediante su accionar. La imposibilidad de generar algún cambio, o la percepción subjetiva de que sus acciones no producen ningún efecto relevante en el entorno, van desalentando y gradualmente desmoralizando al sujeto, que comienza a sufrir las consecuencias de un círculo vicioso de resignación y pesimismo, que sostiene y refuerza en él la creencia de que, sin importar lo que haga, de ningún modo va a poder defenderse o salir airoso de la situación que le toca vivir. Así, una situación de estrés crónico, percibida por un sujeto como algo claramente indeseable, impredecible e incontrolable, respecto de lo cual nada puede él hacer, puede conducir al desarrollo de un cuadro depresivo. En el caso del *bullying*, en que el acoso moral ocurre en un niño que se encuentra en su entorno escolar, el hostigamiento crónico, persistente y sostenido produce severas consecuencias en la salud, particularmente en el equilibrio emocional. En estos casos se observa con frecuencia una gran variabilidad de manifestaciones de tipo psicossomático, lo cual se traduce en un círculo vicioso que incluye más frecuente ausentismo, menor rendimiento escolar, mayor exigencia y la consecuente desesperanza aprendida, que puede conducir al desarrollo de un cuadro depresivo de variables grados de severidad pero que puede llegar a la ideación suicida.

El síndrome ansioso-depresivo por acoso moral (SADAM)

Se ha demostrado, tanto a nivel clínico como neurobiológico, que el estrés crónico juega un rol fundamental en el origen y desarrollo de diferentes cuadros clínicos, incluyendo los trastornos de ansiedad y depresión [10]. De acuerdo con nuestras observaciones, correspondientes a un grupo de pacientes que presentaban cuadros de estrés crónico asociados a situaciones de acoso moral durante los últimos cinco años, existen evidencias que indican la presencia de manera constante de ciertos aspectos distintivos, constituyendo un patrón relativamente estable en la clínica. De una población de 136 pacientes que habían acudido a la consulta de manera espontánea, presentando diversos síntomas de ansiedad, angustia y depresión, hemos identificado un grupo de 18 pacientes (8 hombres y 10 mujeres) que en el curso de las entrevistas refirieron haber sufrido algún tipo de acoso, hostigamiento o maltrato psicológico, por parte de una o más personas en su entorno laboral o profesional, durante el período de aparición de los síntomas que motivaban la consulta. Si bien los pacientes no expresaron inicialmente ninguna asociación causal entre las hostilidades sufridas y el origen de los síntomas, todos ellos refirieron haberlas sufrido de manera constante y sistemática durante el período de aparición de estos. Cabe destacar que en la mayoría de los casos este tipo de consulta es motivada por los síntomas de angustia, ansiedad o depresión, con la preocupación que estos generan, acerca de las dificultades para seguir cumpliendo con las exigencias laborales y profesionales. En un principio no suele haber un claro registro de la situación de conflicto, sino que, por el contrario, el paciente suele mostrarse angustiado, atemorizado por la posible pérdida, preocupado por la amenaza de un eventual despido o frustrado por aquello que interpreta como un fracaso personal, con sentimientos de culpa y autorreproche que intensifican los síntomas de ansiedad y depresión. En algunos casos, los síntomas que motivan la consulta suelen ser referidos como una "debilidad" que les impide responder adecuadamente a las demandas, o como una carga que de alguna

manera “explica”, o en el peor de los casos “justifica” sus dificultades y sus conflictos psico-sociales. Todos estos pacientes fueron originariamente diagnosticados, y consecuentemente tratados, de acuerdo con criterios clínicos vigentes, correspondientes a diversos trastornos de ansiedad o depresión, focalizando la terapia en los aspectos propios de cada paciente. De esta manera, observamos que, si bien este grupo de pacientes cumplía con los criterios diagnósticos establecidos para TEPT, TAG o depresión mayor unipolar, existía una muy amplia superposición de síntomas de ansiedad y depresión. Dichas observaciones clínicas fueron también expresadas en las escalas de Hamilton para ansiedad (HAM-A) y depresión (HAM-D), que mostraban ambas elevados valores, compatibles con severos cuadros de ansiedad y depresión, en similar proporción en todos los casos.

De acuerdo con los criterios diagnósticos correspondientes al TEPT, el paciente debe haber estado expuesto a una situación intensamente estresante, y extremadamente traumatogénica, a partir de la cual comienza a sufrir un estado de intenso temor, seguido de la reexperimentación persistente del evento traumático, con la consecuente evitación de todo estímulo que pudiera estar asociado, y una marcada dificultad en su capacidad de respuesta. Si bien estos criterios pueden observarse en los pacientes que han sufrido acoso u hostigamiento, se destaca la exposición crónica al estímulo traumático constituido por el vínculo en sí mismo, el cual se va instalando gradualmente, de manera que el sujeto permanece expuesto a la situación de forma constante durante largos períodos, coexistiendo con los mismos factores que le siguen generando sus ya evidentes malestar y sufrimiento. Esto permite también pensar en el SAD, en que los factores desencadenantes son claramente relevantes en relación con un entorno disruptivo, por lo cual la atención no se fija en uno o más episodios específicos sino en un entorno cuyas características lo definen como factor disruptivo en sí mismo. Si bien esto puede observarse también en los pacientes que han sufrido acoso u hostigamiento, en quienes se

hace evidente que han sufrido las consecuencias de un entorno francamente disruptivo, en este caso se puede identificar uno o más factores específicos en ese mismo entorno, representado por uno o más sujetos que son los que ejercen su hostilidad contra la víctima de manera deliberada. Con respecto a los criterios diagnósticos para el TAG, las características esenciales son la ansiedad y la preocupación excesivas, centradas en diversos acontecimientos y en situaciones variadas, lo cual se traduce en dificultades para controlar ese estado de constante preocupación. Si bien esto también puede observarse en los pacientes que han sufrido por acoso u hostigamiento, en el TAG los factores desencadenantes no son fácilmente identificables, y comúnmente resultan irrelevantes al momento del diagnóstico.

Con respecto a los síntomas anímicos, se ha mencionado la relación que existe entre el estrés crónico, particularmente aquel que es percibido como algo indeseable, impredecible e incontrolable, y el origen y desarrollo de la depresión. Si bien el componente afectivo es fundamental en los pacientes que han sufrido por acoso u hostigamiento, es constante en ellos la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos, que se van retroalimentando en función de los mismos factores vinculares desencadenantes. De esta manera, si bien hemos observado una gran coincidencia entre las manifestaciones clínicas presentadas por estos pacientes y aquellas que son propias de otros trastornos, podemos identificar un cuadro clínico caracterizado por elevados niveles de ansiedad y depresión en aquellas personas que han sufrido de acoso moral u otro tipo de hostigamiento psicológico, en quienes tal factor desencadenante representa un aspecto fundamental, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Por esa razón proponemos identificar este cuadro clínico como **“síndrome ansioso-depresivo por acoso moral”** (SADAM).

Conclusiones

Si bien las consecuencias clínicas observadas en estos pacientes presentan gran coincidencia con las que se observan en

diferentes trastornos, es posible proponer al SADAM como un cuadro clínico en sí mismo, con características distintivas en función del estímulo que lo provoca. Es el factor de estrés, constituido por el sujeto o los sujetos que hostigan o ejercen hostilidad sobre la víctima, lo que determina el origen de este cuadro. A ello se agregan distintos factores que van a mantener el cuadro de manera sostenida, como un círculo vicioso que lo cronifica. Entre dichos factores se encuentra el consecuente aislamiento, con la debilitación de su red vincular de apoyo y la amenaza percibida en función de las consecuencias hipotéticamente nefastas que podría sufrir la víctima si intentara tomar distancia de la situación vincular. Dado que en la mayoría de los casos la consulta es motivada por los síntomas de angustia, ansiedad o depresión, con la preocupación que estos generan acerca de las dificultades para seguir cumpliendo con las demandas laborales, vinculares o de cualquier índole, es en el curso del tratamiento cuando los pacientes comienzan a cobrar registro de lo ocurrido, pudiendo comprender las causas de su malestar, y de esta forma comienzan también a identificar con mayor claridad la secuencia temporal de los eventos, y la interacción con

aquellos sujetos involucrados en los episodios de maltrato, acoso u hostigamiento. Es decir, los pacientes no consultan por el acoso en sí mismo, sino por las consecuencias que él provoca en su calidad de vida.

Es preciso pues destacar la importancia de las estrategias terapéuticas, acordes con las necesidades de cada caso, que contemplen una adecuada psicoeducación, orientada a esclarecer e informar sobre el cuadro, la importancia del trabajo con la red vincular de apoyo y el desarrollo de estrategias dirigidas a la reestructuración cognitiva. Esto permitirá realizar una evaluación cognitiva mucho más precisa y, en consecuencia, adquirir un registro diferente de las emociones vividas, y un mayor control sobre ellas. El acoso moral es un fenómeno que puede desarrollarse en cualquier tipo de vínculo social. Esto abre posibilidades para futuras investigaciones, que tomen en cuenta la aparición de este tipo de cuadros en relaciones de pareja, familia, en sociedades o en cualquier grupo humano donde la interacción social lo permita. La hipótesis presentada en este trabajo intenta destacar la importancia del diagnóstico preciso, orientado al desarrollo de estrategias terapéuticas más concretas y eficaces.

Referencias bibliográficas

1. ABRAMSON LY, SELIGMAN M, TEASDALE LD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol.* 1978; 87: 49-78.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1994.
3. BENYAKAR M, COLLAZO C, TAFET GE. El síndrome de ansiedad por disrupción. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2005; 51(3): 237-247.
4. CHROUSOS GP, GOLD PW. A healthy body in a healthy mind— and vice versa. The damaging power of uncontrollable stress. *J Clin Endocr Metabol.* 1998; 83(6): 1842-5.
5. LEYMANN, H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence vict.* 1990; 5(2): 119-26.
6. LEYMANN H, GUSTAFSSON A. How ill does one become of victimization at work? En ZAPF D, & LEYMANN, H. (Eds.) *Mobbing and victimization at work . The European Journal of Work and Organizational Psychology*, special issue; 1996.
7. OLWEUS D. *Bullying at school . What we know and what can do.* Oxford: Blackwell; 1993.
8. PIÑUEL I. *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo.* Santander: Sal Terrae; 2001.
9. PIÑUEL y ZABALA I, OÑATE CANTERO, A. El mobbing o acoso psicológico en España. En ELENA y PEÑA J. (coord.) *Desigualdad social y relaciones de trabajo.* Salamanca: Ediciones de la Universidad de Salamanca; 2004, pp. 187-211.
10. TAFET GE. Psiconeuroinmunoendocrinología del estrés crónico y la depresión. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.* 2006; 52(4).