

# La valoración médicolegal del mobbing o acoso laboral

J. L. González de Rivera Revuelta\*, J. A. López García Silva\*\*

Psiquis, 2003; 24 (3): 107-114

## Resumen

*Se plantean los aspectos que desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales se entienden fundamentales para la evaluación del psicoterrorizado, que a juicio de los autores son: 1) una evaluación de riesgos que incluya los relacionados con la violencia, 2) el reflejo de dicha evaluación en la planificación y acción preventiva, 3) un seguimiento médico adecuado y debidamente documentado, que establezca igualmente, en el momento preciso, la necesidad de intervención psiquiátrica para un diagnóstico y tratamiento correctos, 4) descartar concausas y, si existen, determinar en qué grado, 5) realizar un diagnóstico diferencial preciso, incluyendo posibilidades de simulación y de empeoramiento de patología previa.*

**Palabras clave:** Violencia. Riesgo de violencia. Psicoterrorizado. Acoso laboral. Mobbing. Diagnóstico diferencial. Simulación. Estrés.

## Abstract

### Some considerations on the medico-legal assesment of mobbing or psychoterror at work

*From the scope of the prevention of risks at work, the authors discuss different basic aspects for the evaluation of the psychoterrorized person which are: 1) a correct hazards evaluation, including violence related risks, 2) reflection of this evaluation in preventive planification and action, 3) appropriate and documented medical follow up, establishing the moment and necessity of psychiatric intervention for correct diagnosis and treatment, 4) rule out concurrent causes operating at the same time and, if they exist, determine their relative influence and 5) make an exact differential diagnosis including simulation and worsening of previous pathology.*

**Key-words:** Psychological violence. Risk violence. Psychoterror. Mobbing. Differential diagnosis. Simulation. Bullying. Stress.

\* Catedrático de Psiquiatría y Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid

\*\* Médico de Trabajo y Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales. Tribunal Supremo.

## 1. Introducción

Dentro de las causas de estrés laboral se encuentra una serie de situaciones en las que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, sistemática y prolongada sobre otra persona en el lugar de trabajo, fenómeno conocido como mobbing o psicoterror (1), predecesor, entre otras patologías, del síndrome de estrés post-traumático y del síndrome de ansiedad generalizada. No debe olvidarse que la violencia física en los lugares de trabajo presenta también un componente psicológico importante, por lo que las acciones en uno y otro caso, aunque diferentes cualitativamente, son dos aspectos de un mismo problema, que debe ser tratado en su conjunto, en lo que afecta a la Prevención de Riesgos Laborales.

La consideración aislada de los criterios de Leymann (frecuencia de al menos una vez por semana, más de 6 meses en cuanto a temporalidad e incorrección de la acción sufrida en la línea del LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) no debe resultar definitiva en términos jurídicos, si bien es un dato más que ayuda al establecimiento y valoración de la situación (2). No debe olvidarse que el mobbing, como decía Félix Martín Daza, es una forma característica de estrés laboral, que presenta la peculiaridad de que no ocurre exclusivamente por causas directamente relacionadas con el desempeño del trabajo o con su organización, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los distintos individuos de cualquier empresa (3).

En cualquier caso, interesa mencionar algunos fenómenos próximos o relacionados con el psicoterror laboral que se califican erróneamente como tal, aunque no cumplen los criterios de mobbing establecidos por Leymann. Así, cabe la posibilidad de que una persona sufra un solo evento estresante mientras desempeña su trabajo, a causa del cual acabe por desarrollar un síndrome de estrés post-traumático... pues bien: se trataría de un accidente de trabajo, de un signo de alarma de fallo del sistema preventivo, ... de lo que se quiera, pero no debe catalogarse como mobbing, psicoterror u hostigamiento psicológico. Con la misma causa, cabe también el desarrollo de una situación de autoestrés (4) o de una psicosis sensitiva (5). También cabe que sufra uno o unos pocos comportamientos más o menos anómalos dirigidos hacia él, pero sin tener las características que configuran la situación de hostigamiento propia del mobbing. Ante esta situación, algunos sujetos podrían desarrollar una reacción vivencial anormal del tipo descrito por Kurt

Schneider (6), de mayor o menor gravedad. La simulación es otra condición a tener en cuenta, a la que hemos dedicado nuestro esfuerzo en otro lugar (7). Por último, un trabajador puede sufrir realmente acoso institucional (8), la forma más compleja y severa de mobbing, y no presentar patología, en cuyo caso habría que demostrar lo padecido, de forma verosímil, y plantear al juez la ilegalidad o perjuicio potencial de estas conductas malintencionadas, aunque no hayan dejado secuelas residuales incapacitantes, pareciendo razonable reclamar por ello el daño moral en vía civil.

## 2. Características de agredido y agresor

La identificación de individuos con alto potencial para ser violentos es un componente principal de todo programa contra la violencia en el trabajo, que permite además diferenciar algunas situaciones relacionadas con la simulación en base a unos antecedentes más o menos groseramente detectables. Dentro de este apartado deberán tenerse en cuenta, sin juzgar por conducta de vida, la emisión de amenazas directas o veladas, la intimidación, el desprecio, la provocación, el hostigamiento o la incitación de otros a conductas despectivas o agresivas, el conflicto con superiores o compañeros, la exhibición o referencia a objetos que pueden producir daño, las afirmaciones de identificación con el empleo de armas o de violencia, problemas personales, sociales o familiares, abuso de alcohol y drogas y comportamientos inadaptados. Dentro de los problemas más estrictamente médicos, además del abuso de sustancias, la depresión, el estrés post-traumático, los trastornos neurológicos relacionados con un síndrome orgánico, los trastornos graves de la personalidad, como la personalidad antisocial, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno explosivo intermitente, las conductas psicóticas o paranoides, e incluso las obsesiones románticas (más relacionadas con el acoso sexual) son también factores de riesgo a tener en cuenta (9).

La figura 1 muestra una serie de datos que deben tenerse en cuenta dentro del esquema general de la valoración del psicoterrorizado. Por último, son también elementos a considerar la historia de episodios violentos fuera del trabajo (familia, relaciones sociales...), la elevada frustración e insatisfacción con el trabajo y el escaso apoyo social y la calidad de las relaciones interpersonales. Metidos en ambientes jurisdiccionales, el trabajo del perito debe ir también encaminado a favorecer la reducción de pretensiones que aludan, no siendo cierto, a la anomalía o

**Datos para la valoración del psicoterrorizado**

1. Evaluación de Riesgo
2. Planificación
3. Seguimiento médico-vigilancia de la salud
4. Concausa / factores favorecedores
5. Diagnóstico diferencial con situaciones que pueden ser consecuencia de psicoterror, o pueden hacerse pasar como tales

- a) Estrés postraumático
- b) Depresión / Manía
- c) Trastorno adaptativo crónico
- d) Reacción vivencial anormal
- e) Drogodependencia
- f) Trastornos por ansiedad
- g) Autolesión / Lesión consentida
- h) Pseudología fantástica
- i) Personalidad Antisocial
- j) Neurosis de renta
- k) Trastorno facticio
- l) Síntomas psicósomáticos
- m) Catatonia, mutismo, alucinación, fugas
- n) Simulación
- o) Síndr. orgánicos de la personalidad

Fig. 1. Aspectos de interés que no pueden olvidarse dentro del contexto del paciente psicoterrorizado.

alteración psíquica consecuencia de una situación psicoterrorizante.

El párrafo segundo del artículo 20.1 del Código Penal, incluso la posibilidad de su aplicación como eximente incompleta, obliga a recordar que se deberá valorar de forma cuidadosa al individuo en el contexto del asunto de la *actio libera in causa*, ya que el trastorno mental transitorio que probablemente alegará no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión (fácil es prever ciertas consecuencias relacionadas con violencia física y psicológica y lo que se va a alegar). De igual forma, y a estos efectos penales, hay que decir como regla general que en la gran mayoría de los casos, las capacidades comprensiva y volitiva van a estar conservadas en gran medida, cuando no en su totalidad, debiendo tener en consideración lo que determinen los correspondientes peritos para cada caso concreto. En la vía civil, se entiende que es obligación del perito el descartar, igualmente, otras situaciones simuladas encaminadas a un enriquecimiento injusto. Recordar a este respecto que, como reza el artículo 335.2 de la Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, todo perito deberá manifestar, bajo juramento o promesa de decir verdad, que ha actuado y, en su caso,

actuará con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito.

En la contraparte de la posición del agresor, también se han descrito algunas características de las personas en riesgo de ser psicoterrorizadas o "acosables", que pueden resumirse en dos: 1) son diferentes, en aspecto, conducta, valores y actitudes, con respecto al grupo general, y 2) su presencia provoca un cuestionamiento implícito sobre los símbolos, características y valores que dan homogeneidad al grupo. Aplicando estos dos criterios, puede clasificarse a los sujetos con riesgo de padecer mobbing en tres grandes grupos: los envidiables, personas brillantes y atractivas, pero consideradas como peligrosas o competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se sienten cuestionados por su mera presencia; los vulnerables, individuos con alguna peculiaridad o defecto, o, simplemente, depresivos necesitados de afecto y aprobación, que dan la impresión de ser inofensivos e indefensos; por último, los "amenazantes", que son activos, eficaces y trabajadores, ponen en evidencia lo establecido y pretenden establecer mejoras o implantar una nueva cultura (10). Quede claro que esto no quiere decir que personas con determinado perfil tengan necesariamente que padecer mobbing o fenómenos violentos, ni tampoco excluye la posibilidad de que personas con otro perfil lo puedan sufrir.

Entendemos que es un error valorativo importante el aceptar o negar la posibilidad de que se generen o se sufran sucesos violentos, físicos o psicológicos, por el hecho de tener uno u otro perfil psicológico, debiendo estar al estudio de cada caso concreto, ya que nadie (por bueno o fuerte que parezca) está exento ni de crear ni de padecer este tipo de situaciones dentro de su medio laboral. De lo contrario se entraría en consideraciones similares a las del tipo de autor o la culpabilidad por conducta de vida o a la "culpabilidad de carácter" en palabras de Edmund Metzger, quien tanto aportó a la Ciencia del Derecho Penal. Puede defenderse que, para el caso que se está contemplando, este concepto no está en consonancia con la Constitución Española y con la buena práctica médica y preventiva profesional, pese a la dudosa redacción del artículo 153 del Código Penal (que parece contradecir lo expuesto).

Relativo al acoso institucional, aunque puede decirse que constituye una criminalidad de empresa ("*Unternehmenskriminalität*" en términos de Schünemann), hemos de recordar que, según

nuestro Código Penal y el acuerdo generalizado entre los distintos sectores jurídicos, sólo puede ser sujeto activo de delito el ser humano. Este principio exige la aplicación cada vez más generalizada de la doctrina del "levantamiento del velo", encaminada a buscar al auténtico responsable de cada asunto, independientemente de que el contexto organizativo tenga características favorecedoras de fenómenos violentos, tales como la ignorancia o falta de resolución de problemas y conflictos referentes al personal, el enfrentamiento crónico entre directiva y fuerza de trabajo o sindicatos, la existencia de tratamientos preferenciales y agravios comparativos, las faltas de respeto y de cooperación entre distintos departamentos, los fallos en el sistema de información y comunicación, la ausencia de atención a las condiciones de trabajo, etc.

### 3. Aspectos de interés en el manejo y valoración del caso

En la actualidad, la incrementada conciencia de que hechos antes soportados como "gajes del oficio" pueden constituir en realidad agravios o delitos ha aumentado las denuncias por acoso institucional, malos tratos en el trabajo, mobbing, hostigamiento, psicoterror laboral o acoso psicológico en el trabajo. Sin embargo, es previsible que este aumento pueda llegar a ser desproporcionado a los casos reales, debido a tres causas principales: a) las posibilidades que ofrece la legislación de posibles errores de apreciación dentro de la praxis jurídica, b) la información sesgada que ha recibido el gran público a través de los medios de comunicación de masas, y, c) algunos aspectos culturales aún vigentes, reflejados en tratados clásicos como el Lazarillo de Tormes y el Buscón.

En orden a restringir el ámbito de lo realmente admisible a trámite, puede ser importante considerar el establecimiento pericial del estado anterior del individuo psicoterrorizado. Parece claro que, a efectos penales, dicho estado ofrece una trascendencia singular respecto al problema, antes de la preintencionalidad, ahora concursal, y si en lo penal aumenta la pena y en lo civil puede condicionar la cuantificación de la indemnización (11), también hay que plantearse y descartar al menos la contrapartida de la posibilidad de simulación a efectos de considerar el caso en sus justos términos. Por otra parte, si difícil puede ser establecer las características de un estado anterior cuando los detalles son conocidos, se hace ciertamente imposible determi-

nar uno que se oculte (por ignorancia o voluntariamente).

El perito, además de establecer el estado anterior, debe informar también si dicho estado agrava los efectos del hostigamiento psicológico, sea porque agrava la conducta psicoterrorizante o porque agrava la enfermedad producida por dicha conducta hostigadora, o, incluso, si puede ser causante de conductas hostigadoras. Igualmente, deberá determinar el perito si el daño sufrido por la conducta repetida, incorrecta y estresante agrava un estado anterior patológico o, al menos, actúa sobre un estado previo con ciertos rasgos o factores de vulnerabilidad. Dichos factores pueden actuar una vez producida la ofensa, favoreciendo la aparición o amplificación de trastornos o secuelas, o, por el contrario, inhibiendo o atenuando los efectos del hecho reprochable. Se plantea a propósito del trastorno facticio, por ejemplo, si la necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo y de producir o generar algún tipo de asistencia, o el deseo de ser el centro de atención e interés, podría llevar a comportamientos estresantes extremos hacia esa persona, calificándose posteriormente de mobbing la situación en cuya génesis no ha habido una intervención intencional originada en el grupo o en la parte dominante, sino meramente una reacción, incluso razonable y no desproporcionada, de dicha parte más fuerte. Está claro que, en este caso, el tratamiento del problema no debe ser el entrar en el juego de las maquinaciones del enfermo en cuestión, y para eso están, entre otras cosas, la evaluación de riesgos, la planificación de la acción preventiva, la vigilancia de la salud y los esfuerzos del especialista en Medicina del Trabajo que corresponda. Lo mismo puede ocurrir en el caso de personalidades necesitadas de atención o con trastorno límite de la personalidad, que pueden manifestar distintas y dispares reacciones ante sus propias percepciones de desatención o abandono. En otros casos se puede constatar que aquellos que en un momento dado son propensos a actuar como victimizadores también pueden ser víctimas, y viceversa.

De lo expuesto hasta ahora, hemos de pasar a contemplar la posibilidad de simulación. Todos los textos relacionados con la Medicina Legal coinciden en que la diferencia del simulador con otros realmente enfermos estriba, dentro del campo médico, en que se finge una enfermedad que no se tiene con voluntariedad consciente de fraude. La finalidad utilitaria puede aparecer en otros casos además del de la simulación. Así, según Resnick, la presencia

de las siguientes conductas debe aumentar el índice de sospecha ante la posibilidad de simulación de una alteración psíquica después de un traumatismo físico (12), lo que podemos extrapolar a situaciones en las que el trauma esté referido en términos psicológicos:

a) Incentivo externo más o menos patente, habitualmente económico.

b) El cuadro no encaja en la psicopatología habitual.

c) El simulador afirmará o mostrará su incapacidad para trabajar, pero mantiene su capacidad para el ocio.

d) Puede intentar evitar el examen médico a menos que éste sea fundamental para obtener el beneficio pretendido.

e) Disparidades importantes entre las distintas pruebas psicotécnicas, tanto entre sí mismas como con la sintomatología que se alude.

f) Puede parecer evasivo a la hora de la entrevista o declinar su cooperación en procedimientos diagnósticos o en tratamientos prescritos, incluyendo los psicoterapéuticos. Suelen negar bastante rotundamente su consentimiento a ser entrevistados en condiciones de hipnosis, relajación o bajo la de influencia de pentotal o amobarbital (narcoanálisis).

g) Se hallan rasgos de escasa honradez, codicia y mucha demanda.

h) La tenacidad en la persecución de los fines ligados a la demanda, el planteamiento de la demanda en sí, la actividad desplegada, etc, contrastan con el estado incapacitante alegado.

i) Presencia de cuadros experimentados (metasimulación o sobresimulación) o conocidos, más o menos cercanamente, por el interesado.

j) Puede hallarse molesto, intranquilo, malhumorado, susceptible, poco cooperador o resentido, aunque estos signos son poco valorables en cualquier sentido.

k) Inconsistencias en la sintomatología: por ejemplo, conducta no asociada con los delirios, de comienzo y final abrupto; alucinaciones no asociadas a delirios; demencia en un individuo joven sin causa orgánica que la justifique; amnesia inclasificable...

Otros criterios como el historial laboral desfavorable, ausencias múltiples al trabajo tanto justificadas como sin justificar, muy bajo rendimiento, desprecio de nuevas ocupaciones, e incluso marginalidad social no son indicadores válidos de simulación, puesto que también pueden hallarse en pacientes realmente psicoterrorizados.

La Figura 2 muestra las fases clínica y organizativa del fenómeno de la violencia psicológica (13). Se comprenderá que tal sintomatología puede encuadrarse en diversos apartados de la nosología psiquiátrica, pero es también simulable. Ello lleva a insistir, por sus consecuencias jurídicas en un momento dado, en el establecimiento adecuado de la relación de causalidad en la producción del daño (factores y criterios de hostigamiento psicológico - enfermedad), en la existencia de un estado anterior (estado anterior - hostigamiento - agravamiento del estado anterior; ó estado anterior - hostigamiento - nueva patología; etc. ) y en la de concausas simultáneas y subsiguientes que pudieran modificar el daño producido.

#### 4. Diagnóstico y documentación del caso

No debe olvidarse un aspecto, relacionado con el esquema de Resch y Schubinski (14), que resulta absolutamente coherente, desde el sentido común, para cerrar el círculo. Las investigaciones llevadas a cabo en los países nórdicos apuntan a dos factores fundamentales presentes en todos los casos: la mala organización del trabajo y la pobreza en el manejo y resolución de conflictos (15). También se han descrito, en España (16), tres elementos organizativos que favorecen las situaciones de acoso, como son el aislamiento con respecto al resto del sector, la cohesión interna del grupo acosador y la improductividad o ausencia de presión hacia el rendimiento y la creatividad, características que son fáciles de relacionar con las dos anteriores. Otros factores que pueden observarse con relativa facilidad en muchas organizaciones son la indefinición de funciones, la repetición de procesos judiciales como única vía de solución de problemas laborales, mecanismos de negociación inadecuados, excesivo papeleo y burocracia, los estilos paternalistas o autoritarios de dirección, que generan en ocasiones abusos de poder, la ausencia de sentimientos de pertenencia a la organización, defectos en los sistemas de comunicación, información y motivación; la aplicación de soluciones coyunturales sin estudio ni perspectiva ni método, a modo de parche circunstancial, y las relaciones interpersonales inadecuadas (17, 18). El conocimiento de estos factores ayudará a completar la información sobre el cuadro para una mejor evaluación y valoración del mismo, si bien es lógico esperar que resulte dificultoso obtenerlos.

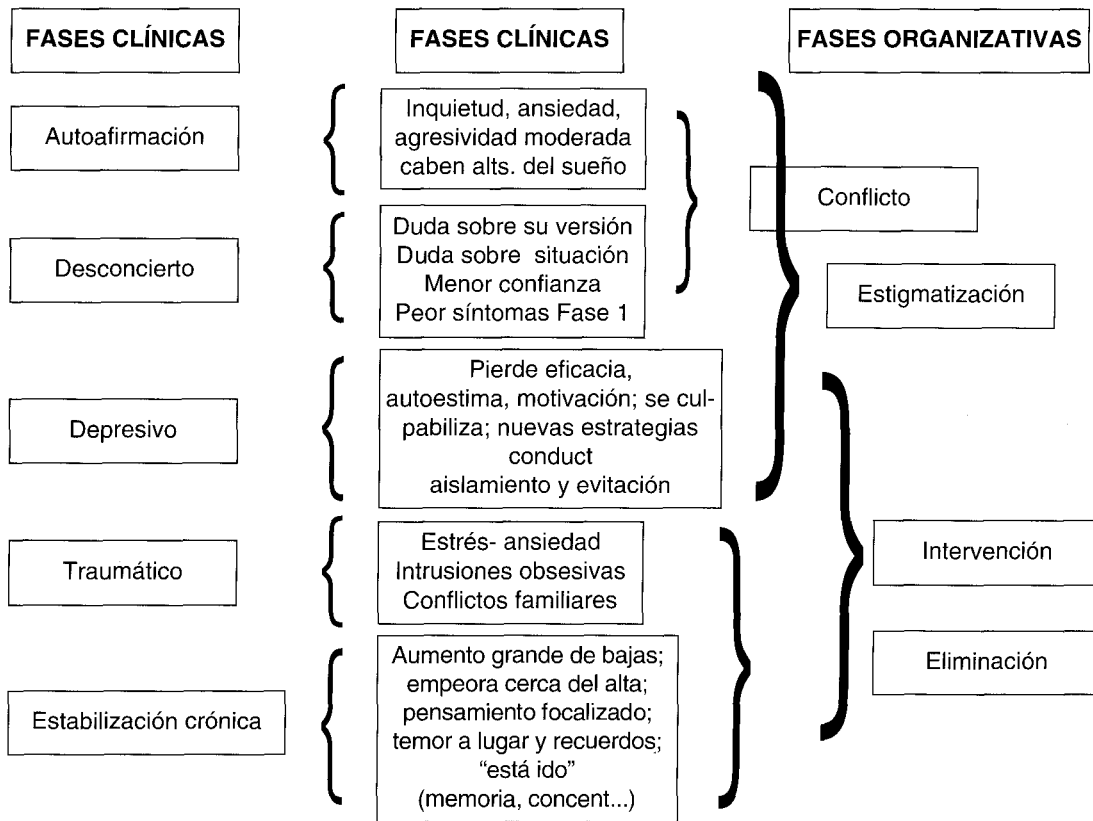


Fig. 2. Evolución clínica y organizativa del síndrome de acoso institucional según González de Rivera (13).

Datos necesarios para un correcto diagnóstico y documentación de la situación de mobbing, orientados, además, a un tratamiento correcto:

1. Examen de los registros de la empresa cuando ello sea posible (evaluación del riesgo y planificación preventiva, partes de incidentes, información agrupada en fichas o en la Matriz de Haddon, medidas realmente tomadas por la empresa... (19)
2. Anamnesis sociolaboral.
3. Análisis en profundidad del puesto de trabajo actual.
4. Descripción cronológica del curso traumático de los acontecimientos habidos en los pasados años. Origen de las situaciones; comparación, si es posible, con los registros de la empresa.
5. Sexo, edad, antigüedad en la empresa y en empresas anteriores, motivos del cambio.
6. Tiempo de estrés, frecuencia, problemas con el sueño, calidad de vida, diagnósticos psiquiátricos o tendencias hacia otros estados.
7. Cumplimiento de la definición de mobbing en sus aspectos de frecuencia (una vez a la semana, por lo menos), temporalidad (más de seis meses) e

incorrección de la acción sufrida, atendiendo al LIPT.

8. Diagnóstico y diagnóstico diferencial correctos, sobre todo en lo que afecta al campo psiquiátrico, estableciendo la existencia de concausas y aplicando, cuando se estime necesario, instrumentos psicológicos de evaluación por profesionales cualificados y legalmente habilitados para ello (ver Tabla I).
9. Implicaciones laborales, familiares y sociales.
10. Detección de distintos tipos de adicciones.

Se entiende que la generación y el empleo de estos datos con fines litigiosos es contraproducente para el pronóstico del paciente y va a dar lugar, además, a sesgos diversos. Otra cosa es que, a posteriori, la presencia o ausencia de tales datos tenga la debida consideración e influencia tanto en la elaboración de informes periciales más precisos, fundamentalmente psiquiátricos y de valoración de daños, como en procesos judiciales que pudieran generarse como consecuencia de la situación de hostigamiento en el trabajo, todo ello con el fin de llegar siempre al resultado más justo.

TABLA I

## Cuestionarios que documentan el caso de mobbing y ayudan al diagnóstico

| Prueba   | Utilidad   |
|--|--|
| Escala Breve de evaluación psiquiátrica BPRS (Overall & Gorham) (20)                         | ¿Muestra el paciente elementos psicóticos?   |
| SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas. versión española. TEA ediciones (21)                  | Mide psicopatología global y 12 dimensiones psicopatológicas   |
| Cuestionario de Salud General (GHQ de Goldberg) (22)   | Calidad de vida que queda tras la experiencia  |
| Cuestionario de depresión de Beck  | Idea más o menos objetiva del grado de depresión   |
| Escala de Impacto del Suceso (IES de Horowitz) (24)  | Índices de estrés postraumático.   |
| Post-traumatic symptom scale (PTSS-10) (25)  | Puede usarse como prueba de detección en grupos amplios de población.  |
| LIPT- Leyman Inventory of Psychological terrorization- versión española de 60 preguntas (26) | Enumera las 60 conductas más típicas de mobbing, permitiendo graduar la intensidad con que ha sido sufrida cada una. |
| CSAP – Cuestionario de Síntomas de Acoso Psicológico – 40 preguntas (27)                     | Cuantifica los distintos aspectos del síndrome de acoso  |
| Escala de sinceridad y distorsión motivacional del 16 pf (28)                                | Cuestionario de personalidad de 16 factores tiene dos escalas para detectar simulación                               |
| Escalas L, F, y K del MMPI (29)  | Cuestionario clásico de personalidad, con tres escalas útiles para detectar simulación.                              |
| Diagnóstico psiquiátrico según criterios ICD-10 de la OMS (30)                               | Diagnóstico psiquiátrico   |

## Bibliografía

- Leymann H. *Mobbing und psychoterror am arbeitsplatz. Sichere Arbeit* 1992; 22-28.
- Leymann H. *Mobbing. La persécution au travail. Editions du Seuil, Paris, 1996.*
- Camps del Saz P, Martín Daza F, Pérez Bilbao J, et al. *Hostigamiento psicológico en el trabajo: el mobbing. Salud y trabajo, 1996; 118: 10-14.*
- González de Rivera JL. *Nosología psiquiátrica del estrés. Psiquis, 2001; 22:1-7.*
- Krestchmer E. *El delirio sensitivo de referencia. Triacastela, Madrid, 2000.*
- Schneider K. *Patopsicología clínica. Paz Montalvo, 1975.*
- López García Silva JA, González de Rivera JL. *La simulación dentro de la problemática de la violencia en el trabajo. Diario La Ley. AÑO XXIV. Número 5723. Jueves, 20 de febrero de 2003 [http://www.laley.net/diario/diario\\_0220\\_doc1.html](http://www.laley.net/diario/diario_0220_doc1.html)*
- González de Rivera JL. *El síndrome de acoso institucional. Diario Médico, 18 julio 2000.*
- Baron SA. *Organizational factors in workplace violence. Occup Med: State of the Art Reviews, 1996; 11(2): 335-347.*
- González de Rivera y Revuelta JL. *El maltrato psicológico. 1ª ed. Madrid. Espasa Calpe (ed.); 2002. págs. 62-67.*
- Esbec Rodríguez E, Gómez-Jarabo G. *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad. Edisofer (ed.), 2000; 166-170.*
- Modificado de Resnick (1984), en Delgado Bueno S, Esbec Rodríguez E, Rodríguez Pulido F y González de Rivera y Revuelta JL: *Psiquiatría Legal y Forense. Colex (ed.), 1994; Vol II:1400-1403.*
- González de Rivera JL. *El Maltrato Psicológico, Espasa-Calpe, Madrid, 2002;169-189*
- Resch M, Schubinski M. *Mobbing. Prevention and management in organizations. European Journal of Work and Organizational Psychology, 1996; 5(2).*
- Leymann H. *The content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 1996; 5(2):165-184.*
- González de Rivera y Revuelta JL. *El maltrato psicológico. 1ª ed. Madrid. Espasa Calpe (ed.); 2002;111-115.*
- Vartia M. *The Sources of Bullying-Psychological Work Environment and Organizational Climate. European Journal of Work and Organizational Psychology, 1996; 5(2): 203-214.*

18. Einarsen S, Skogstad A. *Bullying at Work: Epidemiological Findings in Public and Private Organizations. European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996; 5(2):185-201.
19. Pérez Bilbao J, Nogareda Cuixart C, Martín Daza F, et al. *Mobbing, violencia física y acoso sexual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (ed.)*, 2001; 68-79.
20. Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep* 1962; 10:799-812.
21. González de Rivera JL. *Versión Española del 90 Symptoms Check List Revised (SCL-90-R) TEA Ediciones, Madrid, 2001.*
22. Goldberg D, Williams P. *Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson 1996.*
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry*, 1961; 4, 561-571. También: Beck AT, Steer RA. *Manual for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1987.*
24. Horowitz M, Wilner M, Alvarez W. *Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine*, 1979; 41, 209-218.
25. Raphael B, Lundin T, Weisaeth L. *A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. 1989; Acta Psych Scan Suppl., 353, 80.*
26. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M. *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPIT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. Psiquis, Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 2003; 24(2):59-69.
27. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M. *CSAP-40. Cuestionario de síntomas de acoso psicológico. Psiquis, Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 2003; Vol. 24 (en prensa).
28. Cattell RB. *16PF, Cuestionario factorial de personalidad. TEA Ediciones, Madrid, 1999.*
29. Hathaway SR. *MMPI-2 : inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Manual /J.C. McKinley ; adaptación española Alejandro ávila-Espada y Fernando Jiménez-Gómez. Madrid : TEA Eds., 2000.*
30. *Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para diagnóstico. Meditor, Madrid, 1992.*

---

Correspondencia:  
Dr. J. L. González de Rivera  
Avda. de Filipinas, 52  
E-28003 Madrid