

Artículo

Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL 90-R

Mobbing and psychopathology: A study with LIPT-60 and SCL 90-R

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA¹
MANUEL RODRÍGUEZ ABUÍN²

Fecha de Recepción:
20-10-06

Fecha de Aceptación:
11-12-06

RESUMEN

Los autores revisan los estudios sobre Acoso Psicológico en el Trabajo APT (mobbing o adult *bullying*) realizados en el Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid en los últimos 6 años, que incluyen la descripción del Síndrome de Acoso Institucional, la elaboración del LIPT-60, versión expandida y mejorada del *Leymann Inventory of Psychological Terrorization*, la determinación del perfil de psicopatología de las víctimas de APT con el SCL90R y de sus relaciones con las dinámicas de acoso y la puesta a punto de un procedimiento terapéutico específico. Los afectados de acoso en el trabajo presentan psicopatología significativa, con elevaciones en el total de síntomas y en las dimensiones de somatización, depresión, obsesión-compulsión, hostilidad e ideación paranoide con respecto a la media de la población psiquiátrica. La proporción de solteros en la muestra de APT es notablemente más elevada que en la población general. El nivel socioeconómico correlaciona de manera inversa con el grado de afectación psicopatológica. La relación inversa entre las dimensiones psicopatológicas de ideación paranoide y de sensibilidad interpersonal sugiere que las estrategias de acoso psicológico en el trabajo tienen un efecto paránogeno, independiente de la susceptibilidad interpersonal o de la tendencia a interpretar de manera negativa las actuaciones ajenas.

¹ Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica. Jefe de Servicio Fundación Jiménez-Díaz, Universidad Autónoma de Madrid

² Director departamento de Psicología Clínica. Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática

ABSTRACT

The authors review their studies on workplace harassment (WPH), mobbing or adult bullying carried out in the Madrid Institute of Psychotherapy and Psychosomatic Research over the last 6 years. These studies include the description of the Institutional Harassment Syndrome, the development of the LIPT-60 (an extended and improved version of the *Leymann Inventory of Psychological Terrorization*), the assessment of the psychopathological profile of WPH targets through the SCL90R and their relations with the profile of harassment dimensions, and the development of a specific therapeutic procedure. WPH targets show severe psychopathology on the SCL90R, higher than ambulatory psychiatric patients in the dimensions of somatization, depression, obsessive-compulsive symptoms, hostility and paranoid ideation. Within the same age range, the frequency of single persons is notably higher among WPH victims than in the general population. The socioeconomic level is negatively related with the severity of psychopathology. The dimensions of interpersonal sensitivity and paranoid ideation show negative correlations, which supports our hypothesis of the paranogenic effect of WPH -independently from interpersonal susceptibility and from the tendency to attribute negative interpretations to other people's behaviour.

PALABRAS CLAVE

Acoso psicológico en el trabajo, Psicopatología, LIPT60, SCL 90-R.

KEY WORDS

Mobbing, Psychopathology, LIPT-60, SCL 90-R.

INTRODUCCIÓN

Definimos 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 ocurren, y cuya finalidad última es eliminar al acosado o destruir su salud y sus capacidades"*. Como tal, es una situación psicosocial compleja, desarrollada en la interacción de tres factores: un acosado, un acosador y el entorno interpersonal al que ambos pertenecen (González de Rivera, 2002, 2005).

Conceptualmente, es una modalidad de estrés situacional persistente por sobrecarga con acumulación de acontecimientos episódicos micro-traumáticos, susceptible de producir un síndrome de estrés crónico (González de Rivera, 2001)

El pionero indiscutible del estudio del APT y de sus efectos patógenos es Heinz Leymann (1993), quien, además de acuñar en 1984 el término *"mobbing"* elaboró el primer cuestionario para detectar estrategias de acoso, el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* - abreviadamente LIPT -, del que derivan todos los demás.

Como sinónimos de APT han hecho fortuna los términos de *"mobbing"* y *"adult bullying"*, el primero predominantemente en la Europa Continental y el segundo en los países anglosajones. Sin embargo, Westhues (2006) establece una sutil diferencia, proponiendo aplicar el término de *"bullying"* en aquellas situaciones en las que destaca el papel individual del acosador, generalmente un superior inme-

diato de la víctima, y el de *"mobbing"* en aquellas otras en las que el mantenimiento de las pautas de acoso requiere la cooperación, más o menos consciente y deliberada, del entorno psicosocial de la víctima. El término Acoso Institucional designa las dinámicas sociales de acoso que se desencadenan de manera casi automática cuando un disidente o "cuerpo extraño" ingresa en organizaciones patológicas en las que prima la conformidad y el control por encima de la autonomía y de la creatividad. (González de Rivera, 2000). Otro sinónimo de APT es acoso moral, expresión introducida en España como traducción de la expresión francesa popularizada por Marie France Hirigoyen, que algunos autores españoles, como Aramendi (2005) y Zulueta (2005) dotan de significado propio.

En el presente trabajo presentamos nuestras aportaciones al estudio y tratamiento del Acoso Psicológico en el Trabajo (APT) y discutimos las correlaciones entre las dimensiones de las estrategias de acoso psicológico, determinadas con la aplicación del instrumento LIPT-60, y las dimensiones psicopatológicas, determinadas con la aplicación del instrumento SCL90R, en 194 víctimas de APT referidas por la Asociación Española de Acoso Psicológico en el Trabajo.

LA MEDIDA DEL ACOSO

Siguiendo el ejemplo de otras escalas de acontecimientos vitales, como la de Holmes y Rahe, adaptada por nosotros al castellano (González de Rivera y Morera, 1983), hemos procurado establecer una medida de la frecuencia y el grado de acontecimientos estresantes relacionados con maltrato psicológico persistente en el

trabajo. Empezamos traduciendo, con pequeñas modificaciones para facilitar la adaptación cultural, el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* (LIPT). En nuestros primeros estudios de validación de la versión española del LIPT detectamos 15 estrategias adicionales, relativamente frecuentes en nuestra población de afectados y que no figuran en el cuestionario original (ver tabla 1). Después de añadir las a las 45 clásicas descritas por Leymann hemos denominado a nuestro instrumento definitivo LIPT-60 (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2003).

población. La proporción se mantiene en estudios posteriores con muestras más amplias (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2005)

Otra importante mejora, introducida con el LIPT-60 al cuestionario original de Leymann, ha sido la ampliación de las posibilidades de respuesta para cada ítem, que eran inicialmente dicotómicas. Al incluir una escala tipo Likert para la valoración de la frecuencia o intensidad de cada estrategia de acoso, desde un valor de 0 - estrategia ausente - a 4 - estrategia

Tabla 1. Estrategias de Acoso añadidas en la versión española del LIPT

46. Ocasionan daños en sus pertenencias o en su vehículo
47. Manipulan sus herramientas por ejemplo, torran archivos de su ordenador
48. Le sustraen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo
49. Se divulgan informes confidenciales negativos sobre usted sin notificarle ni darle oportunidad de defenderse
50. Las personas que le apoyan reciben amenazas o presiones para que se aparten de usted
51. Devuelven, abren o interceptan su correspondencia
52. No le pasan las llamadas o dicen que no está
53. Pierden u olvidan sus encaraos
54. Callan o minimizan sus esfuerzos, logros, aciertos y méritos
55. Ocultan sus competencias y habilidades especiales
56. Exageran sus fallos y errores
57. Informan mal sobre su permanencia y dedicación
58. Controlan de manera muy estricta su horario
59. Cuando solicita un permiso especial o actividad a la que tiene derecho se lo niegan o le ponen pegas y dificultades
60. Se le provoca para obligarle a reaccionar emocionalmente

Algunos de los ítems propuestos por Leymann tienen escasa representación en nuestra población, pero los hemos conservado por su interés para el estudio de casos individuales. Así, solamente 2.6 % de los trabajadores afectados refieren sufrir ataques físicos directos, mientras que 11.4 % refieren recibir amenazas de ataques físicos. Como contraste, ofrecemos en la tabla 2 las estrategias más frecuentes en nuestros primeros estudios de

presente en grado máximo -, el instrumento ha sido dotado de mayor flexibilidad y capacidad de información. En la corrección del LIPT-60 hemos establecido, en primer lugar, tres indicadores globales. Posteriormente, mediante estudios factoriales, hemos detectado 6 factores, lo cual nos ha permitido definir otras tantas dimensiones de estrategias de acoso (González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005).

Tabla 2. Estrategias de acoso más frecuentes en trabajadores afectados de APT (González 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
Criticán 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

INDICADORES GLOBALES DEL LIPT-60:

- NEAP: Número total de estrategias de acoso psicológico = Número de respuestas distintas de cero. Constituye una medida de la frecuencia en las que se presentan las estrategias de acoso.

- AP: Índice global de acoso psicológico, obtenido sumando los valores asignados a cada estrategia de acoso psicológico y dividiendo esta suma entre el número de estrategias respondidas (El número total de estrategias es 60, pero si el sujeto deja alguna sin responder se contabilizan sólo el número de estrategias evaluadas para establecer este índice),

- IMAP: Índice medio de intensidad de las estrategias de acoso psicológico = sumatoria de los valores asignados a cada estrategia partido por el número de estrategias de acoso psicológico percibidas (NEAP).

DIMENSIONES DEL LIPT-60:

1. Desprestigio laboral (DL). “Desprestigio de la actividad laboral mediante calumnias, rumores y distorsiones, con ocultación o minimización de logros y exageración o invención de fallos”.

2. Entorpecimiento del progreso (EP): “Bloqueo sistemático y degradación laboral, con medidas de agravio comparativo y asignación de tareas impropias en la forma o en el contenido”.

3. Bloqueo de la comunicación (BC): “Incomunicación de la persona afectada tanto hacia dentro como hacia fuera de la organización”.

4. Intimidación encubierta o indirecta (IE): “Amenazas y daños encubiertos, en ocasiones sin que se pueda determinar sus responsables”. Se trata de una intimidación “limpia”, que no deja “huella”.

5. Intimidación manifiesta o directa (IM): "Amenazas y restricciones evidentes, como ridiculización, gritos, agravios y desprecios, ejercidas de manera pública y sin disimulo".

6. Desprestigio personal (DP): "Descrédito o desprestigio de la vida personal y privada (no laboral), mediante la crítica, burla y denuesto de sus orígenes o de su forma de ser, vivir o pensar".

embargo, dado que la gran mayoría de los afectados llegan a la atención clínica tiempo después de haberse iniciado la reacción psicopatológica, las secuencias evolutivas se establecen generalmente de manera retrospectiva. En general, la descripción inicial de Leymann se confirma en nuestra casuística, con una correspondencia clara entre la fase organizativa del *mobbing* y la expresión clínica de psicopatología en el acosado (Ver tabla 3).

LA MEDIDA DE LA PSICOPATOLOGÍA

En nuestros estudios clínicos y terapéuticos con personas afectadas de acoso laboral hemos identificado una psicopatología multiforme, cuya patoplastia guarda relación con el momento o fase de desarrollo del proceso de acoso. Sin

Tanto Leymann (1996) como Mikkelsen y Einarsen (2002) destacan la presencia de síntomas propios del síndrome de estrés postraumático en víctimas de acoso. Nuestras observaciones coinciden en la impresión de que la clínica más llamativa y específica de los síndromes de APT es la propia de la fase traumática (González de Rivera, 2002).

Tabla 3. Correspondencia entre estadios clínicos y fases del acoso psicológico (modificado de González de Rivera y López García-Silva, 2003)

Estadio Clínico	Síntomas	Fase de Mobbing
Autoafirmación	Inquietud, protestas Agresividad moderada Insomnio leve	Conflicto
Desconcierto	Dudas sobre su versión Pérdida auto confianza Frustración	Estigmatización
Depresivo	Cansancio emocional Evitación y aislamiento Inadecuación y culpa	Estigmatización e intervención
Traumático	Intrusiones obsesivas Conflictos múltiples Inadecuación y culpa	Intervención y eliminación
Estabilización	Incapacidad laboral Presión focalizada del pensamiento Hostilidad-depresión	Eliminación

**Tabla 4. Síntomas del estadio traumático del síndrome por APT
(González de Rivera, 2002)**

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 psicósomáticos
--

Sin embargo, para una buena categorización de los síndromes de acoso en toda su amplia expresión clínica son necesarios estudios prospectivos que evalúen y sigan un número importante de sujetos, desde el inicio de su afectación psicopatológica (fase de autoafirmación) hasta su resolución o estabilización crónica. Por otra parte, la intervención psicoterapéutica apropiada en los primeros estadios evolutivos facilita la recuperación e interrumpe la espiral deteriorante progresiva inducida por el APT (González de Rivera, 2006, 2007). El tratamiento es mucho más difícil y el pronóstico es peor cuando el paciente ha alcanzado la fase de estabilización.

En nuestra casuística, además de una cierta persistencia de los síntomas propios de la fase traumática, observamos en la

fase de estabilización el predominio relativo de diferentes tipos de síntomas, lo cual nos ha permitido identificar al menos 5 formas de evolución crónica.

De todas ellas, la que más frecuentemente recibe atención legal o sindical es la que hemos denominado "hostil-paranoide". Su patoplastia está relacionada con los efectos paranógenos del acoso, que hemos descrito en trabajos recientes (González de Rivera, 2005; González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2005). En contraste, la evolución de las formas depresivas y psicósomáticas es relativamente silente y sus manifestaciones públicas suelen limitarse a las consultas de psiquiatras o psicólogos. Estudios epidemiológicos incisivos en grupos de trabajadores con incapacidad laboral permanente o jubilados por incapacidad psi-

**Tabla 5. Formas de evolución crónica del síndrome de APT
(González de Rivera, 2005)**

1. Negación: El afectado pretende que no pasa nada y que la vida es así. 2. Depresivo: Como un trastorno de depresión mayor. 3. Hostil-Paranoide: Con predominio de rasgos de hipersensibilidad y vengatividad. 4. Psicósomático: Con predominio de trastornos funcionales, que suelen ser, sobre todo, de tipo músculo-articular, digestivo o cardiovascular. 5. Mixto: Síntomas de todo tipo presentes, sin predominio claro de ninguno de ellos. Frecuentemente diagnosticado como "trastorno ansioso-depresivo"

quica son necesarios para detectar la verdadera extensión de estas formas evolutivas.

Los afectados de APT con evolución hostil paranoide predominan entre las personas que buscan compensación o que recurren a cauces legales en defensa de su salud y sus derechos. Particular atención debe prestarse en esta cuestión a los problemas de diagnóstico diferencial, para cuya resolución hemos insistido en la necesidad de realizar entrevistas clínicas muy cuidadosas y de aplicar técnicas psicométricas y psicodiagnósticas sofisticadas (González de Rivera, 2003; Rodríguez-Abuín, 2005; Rodríguez-Abuín y González de Rivera, 2005).

Nuestro instrumento preferido para la medida de psicopatología en sujetos afectados por APT es el 90- Symptom Checklist, Versión Revisada, de Derogatis o SCL-90 R, muy utilizado en estudios clínicos en todo el mundo. La adaptación española del SCL-90 R de Derogatis ha sido publicada recientemente por Editorial TEA (González de Rivera y cols. 2002).

El SCL-90 R consiste en un inventario de 90 síntomas cuya presencia el sujeto debe valorar en una escala tipo Likert desde 0 (no presente en absoluto) hasta 4 (mucho o extremadamente presente). Los indicadores de psicopatología del instrumento son tres índices generales y 9 dimensiones o subescalas.

Los tres índices globales son:

- Índice Global de Gravedad de los Síntomas (GSI) que evalúa la intensidad total de psicopatología.

- Total de Síntomas Positivos (PST) número de síntomas con puntuación distinta de cero.

- Índice de síntomas positivos (PSDI) que evalúa de forma combinada la intensidad y la frecuencia de los síntomas.

Las nueve dimensiones sintomáticas son:

- Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Adicionalmente, hay 7 ítems que no se insertan en ninguna de las 9 dimensiones, porque factorialmente saturan en más de un factor (la escala "miscelánea"). Sin embargo, se mantiene en el instrumento por su relevancia clínica para el estudio del caso individual.

Las altas puntuaciones halladas en las dimensiones de Hostilidad y Paranoide en una población de afectados de APT en fase de estabilización (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2006) sugieren una evolución hostil-paranoide en esa población. Es preciso tener en cuenta que ni el SCL-90 R ni otros cuestionarios más sofisticados, como el MMPI, informan sobre los orígenes ni sobre la estabilidad del paranoide. Estudios con el método psicodiagnóstico de Rorschach confirman la naturaleza reactiva del paranoide detectado en los síndromes de acoso (Rodríguez Abuín, 2005), lo cual es importante en su diagnóstico diferencial con los síndromes paranoies.

ESTUDIO EMPÍRICO DE LA RELACIÓN ENTRE APT Y PSICOPATOLOGÍA

A continuación presentamos nuestros resultados en la administración del LIPT60 y del SCL-90 R a 194 personas afectadas de APT, referidas por la Asociación Española contra el Acoso Psicológico en el Trabajo (AECAPT). Los responsables del programa de atención de la AECAPT excluyeron la existencia de otros problemas psicopatológicos o sociales independientes del APT antes de la canalización. La situación de acoso llevaba en todos ellos un tiempo de evolución superior a 12 meses. Un resumen de estos datos ha sido ya presentado (González de Rivera y Rodríguez-Abuin, 2005 y 2006), pero se incluyen por su interés en este número monográfico y para proceder a su discusión más amplia.

- Descripción de la muestra:

De los 194 sujetos: 122 son mujeres y 72 hombres. La edad media es 43 años, con una desviación típica de 10,1 y un rango de 20 a 68 años. El estatus sociolaboral es medio-bajo (auxiliar-administrativo, dependientes, operarios, trabajos sin calificación o con requerimientos mínimos) en 91 sujetos y medio-alto (profesionales, puestos directivos, trabajos con requerimientos de cualificación media o superior, mandos intermedios) en 103 sujetos. En cuanto al estado civil, 95 son solteros, 80 casados, 13 divorciados y 6 viudos.

- Perfil psicopatológico de los afectados por APT

Todas las puntuaciones encontradas en los índices generales y en las dimensiones

psicopatológicas del SCL-90 R están notablemente elevadas. Para su comparación nos hemos referido a los baremos estandarizados para la población general y para pacientes psiquiátricos ambulatorios (González de Rivera y cols. 2002). Los sujetos con APT presentan diferencias significativas en todas las dimensiones con respecto a la población general. Con respecto a la muestra psiquiátrica, las puntuaciones fueron significativamente superiores en el total de síntomas positivos, PST (59,42 vs 52,79: $p > 0,000$) y en las dimensiones de ideación paranoide (1,67 vs 1,30; $p < 0,000$), obsesión-compulsión (1,88 vs. 1,64; $p < 0,01$), hostilidad (1,42 vs. 1,16; $p < 0,01$) y depresión (2,06 vs. 1,89; $p < 0,05$). Pueden observarse dichas diferencias en la tabla 6.

Los análisis de las diferencias de psicopatología por sexos en la muestra de APT, solamente muestran diferencias significativas en la dimensión de somatización, con puntuaciones más altas en las mujeres (ver tabla 7).

Los afectados de APT con estatus socio-laboral más bajo presentan más psicopatología que los de estatus superior. Las puntuaciones en psicopatología son significativamente más altas en las dimensiones de somatización (1,86 vs 1,37; $p < 0,01$), obsesión-compulsión (1,99 vs 1,66: $p < 0,05$), ansiedad (1,87 vs. 1,57; $p < 0,05$), ansiedad fóbica (1,18 vs. 0,71; $p < 0,01$) y en todos indicadores globales (índice global de gravedad GSI, el total de síntomas positivos PST y el índice de distrés de los síntomas positivos PSDI con una $p < 0,05$) (ver tabla 8).

A diferencia de lo que ocurre en la población general (González de Rivera, 2002), las diferencias en psicopatología no

Tabla 6. Psicopatología en APT, población psiquiátrica ambulatoria y población general

	Sujetos víctimas de APT (n= 194)	Baremo psiquiátrico (n= 303)	Baremo población general (n= 530)
	Media y dt	Media y dt	Media y dt
SOM	1,60 (0,94)	1,53 (0,97)	0,56 (0,55)**
OBS	1,88 (0,93)	1,64 (0,99)**	0,60 (0,51)**
INT S	1,49 (0,85)	1,40 (0,96)	0,46 (0,44)**
DEP	2,06 (0,96)	1,88 (0,95)*	0,72 (0,55)**
ANX	1,73 (0,94)	1,61 (0,99)	0,51 (0,48)**
HOST	1,42 (1,07)	1,16 (1,01)**	0,46 (0,53)**
FOB	0,92 (0,96)	1,01 (1,02)	0,25 (0,37)**
PAR	1,67 (0,93)	1,30 (0,98)	0,47 (0,50)**
PSY	0,99 (0,76)	1,02 (0,88)	0,22 (0,30)**
GSI	1,59 (0,77)	1,47 (0,80)	0,51 (0,36)**
PST	59,43 (19,28)	52,79 (19,77)**	25,32 (14,30)**
PSDI	2,29 (0,61)	2,35 (0,65)	1,73 (0,48)**

* P<0,05; ** P<0,01 con respecto a la muestra de sujetos con APT. **Som:** somatización. **Obs:** obsesión compulsión. **Int s:** sensibilidad interpersonal. **Dep:** depresión. **Anx:** ansiedad. **Host:** hostilidad. **Fob:** ansiedad fóbica. **Par:** ideación paranoide. **Psy:** psicotismo

Tabla 7. Psicopatología en APT según el sexo

	Hombres (n=72)	Mujeres (n=122)
	Media y DT	Media y DT
SOM**	1,35 (0,85)	1,74 (0,97)
OBS	1,89 (0,92)	1,88 (0,93)
INT S	1,47 (0,87)	1,51 (0,84)
DEP	1,98 (0,98)	2,11 (0,95)
ANX	1,65 (0,93)	1,78 (0,94)
HOST	1,44 (1,12)	1,41 (1,04)
FOB	0,84 (1,04)	0,97 (0,91)
PAR	1,51 (0,91)	1,77 (0,92)
PSY	0,97 (0,83)	1 (0,71)
GSI	1,53 (0,77)	1,64 (0,78)
PST	59,12 (18,48)	59,60 (19,82)
PSDI	2,21 (0,63)	2,35 (0,59)

** P<0,01. **Som:** somatización. **Obs:** obsesión compulsión. **Ints:** sensibilidad interpersonal. **Dep:** depresión. **Anx:** ansiedad **Host:** hostilidad. **Fob:** ansiedad fóbica. **Par:** ideación paranoide. **Psy:** psicoticismo.

son significativas en los afectados de APT atendiendo al estado civil (ver tabla 9). Un dato interesante, sin embargo, es la diferente distribución del estado civil en la

población general y en la muestra de afectados de APT, con un coeficiente de contingencia entre ambas muestras de 0,77. Es decir, hay una relación significativa

Tabla 8. Psicopatología según el estatus socio-laboral

	Bajo Medio (n= 91)	Medio Alto (n= 103)
	Media y DT	Media y DT
SOM **	1,86 (0,95)	1,37 (0,85)
OBS *	1,99 (0,92)	1,66 (0,91)
INT S	1,57 (1,42)	1,42 (0,81)
DEP	2,15 (0,91)	1,94 (1,01)
ANX *	1,87 (0,93)	1,57 (0,90)
HOST	1,54 (1,06)	1,25 (1,01)
FOB **	1,18 (0,92)	0,71 (0,93)
PAR	1,79 (0,92)	1,61 (0,88)
PSY	1,1 (0,78)	0,88 (0,71)
GSI *	1,74 (0,75)	1,44 (0,74)
PST *	63 (17,95)	56,41 (19,69)
PSDI *	2,38 (0,61)	2,18 (0,60)

*P<0,05; **P>0,01. **Som**: somatización. **Obs**: obsesión compulsión. **Ints**: sensibilidad interpersonal. **Dep**: depresión. **Anx**: ansiedad **Host**: hostilidad. **Fob**: ansiedad fóbica. **Par**: ideación paranoide. **Psy**: psicoticismo.

Tabla 9. Psicopatología según el estado civil

	Solteros (n=95)	Casados (n= 80)	Divorciados (n= 13)	Viudos (n= 6)
SOM	1,60 (0,90)	1,55 (0,98)	1,57 (0,81)	1,95 (1,24)
OBS	1,80 (0,90)	1,79 (0,92)	1,71 (1,01)	2,28 (1,37)
INT S	1,51 (0,84)	1,44 (0,83)	1,69 (0,65)	1,47 (0,86)
DEP	2,05 (0,94)	1,95 (0,96)	2,23 (0,94)	2,37 (1,67)
ANX	1,73 (0,87)	1,63 (1,02)	1,78 (0,81)	2,18 (1,08)
HOST	1,33 (0,95)	1,42 (1,07)	1,36 (1,28)	1,53 (1,88)
FOB	0,87 (0,81)	0,99 (1,14)	0,9 (0,79)	1,31 (1,18)
PAR	1,75 (0,94)	1,51 (0,88)	1,95 (0,58)	2,27 (0,72)
PSY	1,01 (0,77)	0,94 (0,72)	1,06 (0,91)	1,11 (0,77)
GSI	1,57 (0,74)	1,53 (0,79)	1,68 (0,66)	1,88 (1,04)
PST	59,59 (19,95)	59,10 (18,86)	61 (18,26)	55 (22,17)
PSDI	2,26 (0,56)	2,21 (0,64)	2,45 (0,70)	2,87 (0,64)

Diferencias no significativas. **Som**: somatización. **Obs**: obsesión compulsión. **Ints**: sensibilidad interpersonal. **Dep**: depresión. **Anx**: ansiedad **Host**: hostilidad. **Fob**: ansiedad fóbica. **Par**: ideación paranoide. **Psy**: psicoticismo.

entre el hecho de estar casado o soltero con el hecho de pertenecer a la población general o a)ode acoso. Las tendencias de estado civil son opuestas en la población general y en la muestra de APT. A simila-

res medias de edad. en la población general el porcentaje de casados es más del doble que el de solteros. mientras que en la muestra de APT el porcentaje de casados es un poco inferior al de solteros.

Correlaciones entre dimensiones de acoso laboral y dimensiones de psicopatología

Un primer análisis de correlación mediante la prueba de Pearson entre las dimensiones de acoso psicológico en el trabajo obtenidas con el cuestionario LIPT-60 y las dimensiones de psicopatología obtenidas con el SCL-90 R muestra una significativa correlación lineal positiva de la mayoría de las dimensiones. Es decir, no parecen existir relaciones específicas diferenciales entre las dimensiones de acoso y las de psicopatología. Sin

embargo, teniendo en cuenta la intercorrelación significativa ya descrita de todas las dimensiones del SCL-90R entre sí (González de Rivera y cols, 2002), nos ha parecido prudente repetir el análisis por el método de correlaciones parciales, controlando el efecto de la correlación de las variables de psicopatología entre sí (ver tabla 10).

Las correlaciones parciales son mucho más selectivas que la correlación lineal de Pearson simple. En nuestra muestra, sólo las dimensiones de psicopatología del SCL-90 R somatización, sensibilidad

Tabla 10. Correlaciones entre las dimensiones del LIPT y del SCL-90

	Correl.	SOM	O-C	S-I	DEP	ANS	HOST	FOB	PAR	PSIC
DPL	Pearson	0,44 (0,00)	0,40 (0,00)	0,27 (0,00)	0,41 (0,00)	0,49 (0,00)	0,35 (0,00)	0,38 (0,00)	0,42 (0,00)	0,27 (0,00)
	Parcial	0,02 (0,84)	0,34 (0,71)	-0,24 (0,00)	0,07 (0,41)	0,17 (0,06)	0,00 (0,96)	0,15 (0,10)	0,29 (0,00)	-0,07 (0,42)
Ep	Pearson	0,38 (0,00)	0,36 (0,00)	0,19 (0,02)	0,40 (0,00)	0,40 (0,00)	0,29 (0,00)	0,27 (0,00)	0,34 (0,00)	0,25 (0,00)
	Parcial	0,05 (0,57)	0,04 (0,66)	-0,23 (0,01)	0,15 (0,09)	0,08 (0,33)	0,00 (0,95)	0,05 (0,62)	0,20 (0,02)	-0,01 (0,89)
Inc	Pearson	0,40 (0,00)	0,32 (0,00)	0,26 (0,00)	0,33 (0,00)	0,40 (0,00)	0,23 (0,01)	0,32 (0,00)	0,49 (0,00)	0,24 (0,00)
	Parcial	0,08 (0,34)	-0,03 (0,75)	-0,18 (0,04)	0,02 (0,78)	0,13 (0,16)	-0,11 (0,21)	0,11 (0,20)	0,41 (0,00)	-0,07 (0,41)
Ie	Pearson	0,37 (0,00)	0,20 (0,01)	0,13 (0,14)	0,19 (0,03)	0,28 (0,00)	0,20 (0,02)	0,31 (0,00)	0,31 (0,00)	0,25 (0,00)
	Parcial	0,20 (0,03)	-0,02 (0,80)	-0,29 (0,00)	-0,06 (0,52)	-0,02 (0,81)	0,00 (0,99)	0,19 (0,04)	0,28 (0,00)	0,14 (0,13)
Im	Pearson	0,46 (0,00)	0,34 (0,00)	0,21 (0,01)	0,33 (0,00)	0,38 (0,00)	0,28 (0,00)	0,33 (0,00)	0,43 (0,00)	0,15 (0,08)
	Parcial	0,24 (0,01)	0,00 (0,98)	-0,20 (0,02)	0,06 (0,50)	-0,01 (0,90)	0,04 (0,67)	0,15 (0,10)	0,37 (0,00)	-0,22 (0,02)
Dpp	Pearson	0,35 (0,00)	0,32 (0,00)	0,28 (0,00)	0,32 (0,00)	0,34 (0,00)	0,24 (0,00)	0,30 (0,00)	0,37 (0,00)	0,38 (0,00)
	Parcial	0,06 (0,54)	0,02 (0,80)	-0,13 (0,14)	0,04 (0,65)	0,02 (0,82)	-0,07 (0,41)	0,08 (0,35)	0,21 (0,02)	0,12 (0,20)

-Som: somatización. O-C: obsesión-compulsión. S-I: sensibilidad interpersonal. Dep: depresión. Ans: ansiedad. Host: hostilidad. Fob: ansiedad fóbica. Par: ideación paranoide. Psic: psicotismo.

-DPL = Índice de Desprestigio laboral. EP = Índice de Entorpecimiento del progreso. INC = Índice de Incomunicación. IE = Índice de Intimidación encubierta o indirecta. IM = Índice de Intimidación manifiesta o directa. DPP = Índice de Desprestigio personal.

interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo presentan correlaciones significativas de algunas de las dimensiones de acoso laboral. Las dimensiones del LIPT que más correlaciones parciales tienen con las dimensiones del SCL90R son intimidación manifiesta e intimidación encubierta, y la que menos desprestigio personal.

La intimidación en cualquiera de sus dos formas, manifiesta o encubierta, es la única dimensión del LIPT- 60 que está relacionada con la somatización, una vez controlados los efectos de otras dimensiones de psicopatología, como pueden ser la ansiedad y la depresión, sobre la somatización. La ansiedad fóbica correlaciona de manera positiva con la intimidación encubierta, no así con la manifiesta. Es interesante que la ansiedad evitativa difusa esté más relacionada con pautas de acoso difusas e imprecisas que con las directas y manifiestas. Este hallazgo puede dar algunas indicaciones sobre la dinámica de producción de las fobias. El psicoticismo correlaciona de manera negativa con la intimidación manifiesta. Traduciendo conceptualmente esta relación inversa, consideramos que la percepción de intimidación manifiesta es más aguda cuando el componente esquizoide es menor. Dicho de otra manera, el esquizoidismo (aislamiento interpersonal, tendiendo al retraimiento en un mundo interno) puede interferir con la percepción de manifestaciones hostiles directas. La obsesionalidad, la depresión, la ansiedad y la hostilidad no muestran ninguna correlación significativa con las dimensiones de acoso.

La ideación paranoide correlaciona positivamente con todas las dimensiones de acoso laboral, lo cual es razonable si tenemos en cuenta que el cuestionario se limita a cuantificar los efectos de las per-

cepciones de persecución, y no distingue si estas son apropiadas, exageradas o imaginarias. Por otra parte, esta correlación apoya también nuestra conceptualización sobre los efectos paranógenos del acoso. La sensibilidad interpersonal correlaciona de manera negativa con todas las dimensiones de acoso laboral, excepto con la de desprestigio personal. Esto puede indicar que la percepción de estrategias de acoso es más clara cuando la susceptibilidad interpersonal (hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, incomodidad e inhibición en el trato con los demás) es más baja. Sin embargo, esta percepción adaptativa de las estrategias de acoso laboral no impide la reacción paranoide.

CONCLUSIONES

El acoso psicológico en el trabajo es causa de severa psicopatología, de, instauración progresiva, que tiende a evolucionar hasta llegar a un estadio de estabilización crónica. La forma crónica hostilparanoide es la más evidente, pero quizás no la más frecuente. Las formas depresivas y psicósomáticas tienden a pasar desapercibidas, porque su propia patoplastia tiende a ocultarlas de la atención pública y hace más difícil su acceso al estudio epidemiológico.

Los acontecimientos vitales relacionados con el acoso son todos ellos de naturaleza discriminatoria, despectiva o persecutoria. El primer listado de 45 acontecimientos de acoso fue elaborado por Leymann en los años 1980, y está recogido en el *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* o LIPT. En la actualidad, algunas de esas estrategias son poco frecuentes, como la agresión sexual o los ataques físicos directos. El paso del tiempo y

las diferencias culturales ha hecho necesario modificar este instrumento, en el que hemos incluido 15 nuevas estrategias, además de la posibilidad de valorar la intensidad y/o frecuencia de cada una de ellas, construyendo así el Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo, también llamado LIPT-60 en honor a Leymann.

El análisis factorial del LIPT-60 define 6 dimensiones o grupos de estrategias de acoso: dos de desprestigio (personal y laboral), dos de intimidación (manifiesta y encubierta) una de bloqueo de la comunicación y otra de entorpecimiento de progreso. Como todos los cuestionarios auto-administrados, el LIPT-60 se presta a sesgos y distorsiones. aunque el análisis de la pauta de respuestas y de la coherencia interna entre las subescalas permite un cierto control de la veracidad del encuestado.

La determinación de los síntomas psiquiátricos y psicósomáticos con el Cuestionario de Noventa Síntomas (versión española del SCL90R) permite detectar elevados índices de psicopatología entre los afectados en estadio de estabilización crónica que acuden a las asociaciones de ayuda. En comparación con una muestra estandarizada de pacientes psiquiátricos ambulatorios, sus puntuaciones son más elevadas en las dimensiones de obsesión-compulsión, depresión, hostilidad y paranoia.

Un dato de interés demográfico es la elevada proporción (de solteros en nuestra muestra de afectados de APT (relación solteros/ casados = 1,1/1), en comparación con la población general de similar distribución etaria, donde la proporción es de 0,4/1. Dos hipótesis alternativas deben explorarse en relación con este dato: una

causal, según la cual los solteros están más expuestos a sufrir APT o son más vulnerables a los efectos patógenos del APT, y otra referencial, según la cual los solteros tienden a definirse más fácilmente como acosados o acuden en mayor frecuencia a las organizaciones de ayuda. La tendencia en nuestra muestra a un gradiente de psicopatología, máxima en los viudos, seguida por los separados, después por los solteros y mínima en los casados sugiere un efecto protector del apoyo conyugal en el APT.

La proporción de mujeres en nuestra muestra es similar a la encontrada en poblaciones de pacientes psiquiátricos ambulatorios (mujer/hombre = 513). A diferencia de lo que ocurre tanto en la población general como en la población de pacientes psiquiátricos ambulatorios, donde los niveles de psicopatología son, en general, más elevados en mujeres que en hombres, no hay grandes diferencias por sexo en la muestra de afectados de APT, a excepción de la dimensión de somatización, en la que las mujeres puntúan significativamente más que los hombres.

Los niveles de sintomatología detectados con el SCL90R guardan alta correlación con la intensidad de los índices de acoso en el LIPT-60. Es decir, a mayor acoso, mayor psicopatología. Al estudiar la correlación parcial entre las dimensiones respectivas, encontramos una alta correlación entre paranoia y todas las dimensiones de acoso. Este dato era muy de esperar, por cuanto que el SCL90R detecta los sentimientos de persecución o alienación pero, por su propia estructura, no distingue si su origen está en una apreciación correcta, distorsionada o irreal de los hechos. Otros instrumentos - no el

MMPI, que adolece de los mismos sesgos para esta variable que el SCL90R - son necesarios para una mejor calificación del paranoidismo en las víctimas de APT. Los trabajos de Rodríguez-Abuín (2005) aplicando la metodología de Exner con el psicodiagnóstico de Rorschach son muy prometedores a este respecto.

Las dimensiones del LIPT-60 que producen mayores efectos psicopatológicos en nuestra muestra son las de intimidación, tanto manifiesta como encubierta, y la que menos la de desprestigio personal. La dimensión de intimidación encubierta tiene relación directa con sintomatología fóbica, lo cual podemos entender como un efecto ansiógeno difuso, más amplio que el que ejerce la intimidación manifiesta. La relación negativa entre esta última dimensión y el psicoticismo es contraria a la hipótesis de fabricaciones deliriosas persecutorias y puede interpretarse como un mayor riesgo de sufrir ataques directos cuanto menos esquizoide es una persona.

Finalmente, la relación negativa de todas las dimensiones de acoso con la sensibilidad interpersonal nos permite descartar con mucha confianza la hipótesis retroactiva de que la psicopatología sea previa a las vivencias de acoso psicológico en el trabajo, lo cual sugiere que el acoso tiene un efecto paranoico en si mismo, independiente de la hipersensibilidad o susceptibilidad individual a interpretar de manera negativa las actuaciones ajenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aramendi, P. (2005). El acoso laboral y el acoso moral: Propuestas para su distinción conceptual y para su protección judicial. En J.L. González de Rivera (Ed.).

Las Claves del Mobbing (189-207). Madrid: Editorial EOS.

González de Rivera, J.L. (2001). Nosología Psiquiátrica del Estrés, *Psiquis*, 22, 1-7.

González de Rivera, J.L. (2002). *El maltrato psicológico. Cómo defenderse del "mobbing" y otras formas de acoso*. Madrid: Espasa.

González de Rivera, J.L. (2006). *Crisis Emocionales*. Madrid: Espasa

González de Rivera, J.L. (2007). *Cabalgar el tigre*. www.psiquis.com

González de Rivera, J.L. y López García-Silva, J.A. (2003). La valoración médico legal del mobbing o acoso laboral. *Psiquis*, 24,104-107.

González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M.J. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española. *Psiquis*, 24(2), 59-69.

González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M.J. (2005). Bullying breeds paranoia. *Brit. J. Psychiatr.* <http://bjp.rcpsych.org/cgi/eletters/184/4/352#764>

González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M.J. (2005). Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. LIPT-60. Madrid: EOS. En J.L. González de Rivera (Ed.). *Las Claves del Mobbing*. Madrid: Editorial EOS.

González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M.J. (2006). *Psychopathological effects of Work Place Harassment*. Scien

tific and Clinical Report n° 39 - Session 13. Violence, Trauma and Victimization. American Psychiatric Association 159th. Annual Meeting, Toronto.

González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M.J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis)*. Madrid: Tea.

Leymann, H. (1993). *Mobbing*. French Translation, 1996. Paris: Editions du Seuil.

Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). *Mobbing at work and the development of posttraumatic stress disorders*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 251-275.

Mikkelsen, E.G. y Einarsen, S. (2002). *Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work*. *European Journal of work and Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.

Rodríguez-Abuín, M.J. (2005). *Psicodiagnóstico diferencial con el Test de Rorschach en el acoso psicológico en el trabajo*. En J.L. González de Rivera (Ed.). *Las Claves del Mobbing* (133-167). Madrid: Editorial EOS.

Rodríguez-Abuín, M.J. y González de Rivera, J.L. (2005). *Psicometría del acoso psicológico en el trabajo*. En J.L. González de Rivera (Ed.). *Las Claves del Mobbing* (169-187). Madrid: Editorial EOS.

Westhues, K. (2006). *Ten choices in the study of workplace mobbing or bullying*. Fifth International Conference on Workplace Bullying, Trinity College, Dublin.

Zulueta, E. (2005). *El acoso moral en el trabajo. Aspectos legales del mobbing y su defensa*. En J.L. González de Rivera (Ed.). *Las Claves del Mobbing* (209-226). Madrid: Editorial EOS.