

INTERPSIQUIS. 2006; (2006)

Estudio del daño psíquico por acoso moral en el trabajo y de la simulación en el contexto legal.**Ramón Arce***; **Francisca Fariña****; **Ana Suárez****.

* Universidad de Santiago de Compostela.

** Universidad de Vigo

PALABRAS CLAVE: acoso moral, huella psicológica, simulación, contexto legal, SCL-90-R.

VERSIÓN WEB: http://www.psiquiatría.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiquiatría_legal/24990/
[24/2/2006]**Resumen**

El acoso moral en el trabajo o *mobbing* constituye, en la actualidad, uno de los fenómenos organizacionales con mayor incidencia en los países industrializados. Sin embargo y a pesar de la alarma generada en torno a esta patología laboral, no existe unanimidad entre los investigadores en relación con las consecuencias asociadas al padecimiento de dicho acoso confundiendo, en numerosas ocasiones, con el daño psíquico asociado a otras patologías existentes en el mundo del trabajo (estrés laboral, burnout, exigencias laborales, etc.). Éstas, aunque similares en el contexto de aparición, son radicalmente diferentes en cuanto a su origen, sintomatología y repercusiones legales. A su vez, en el contexto médico-legal ha de sospecharse simulación para lo que no es productiva la evaluación clínica tradicional (1), con lo que es necesario crear un protocolo de evaluación válido y fiable para este propósito. Para tal finalidad, contamos con una muestra de 50 sujetos a los que se les administró un cuestionario de análisis del grado de alteración psicológica o psicósomática (SCL-90-R) (2), bajo dos condiciones experimentales; respuesta estándar y respuesta de simulación, contrastándose los resultados en términos de la capacidad de simulación, la efectividad de la misma, la capacidad discriminativa entre la sintomatología asociada al *mobbing* y la no asociada, y la correcta clasificación de los indicadores de simulación.

Introducción

La actividad laboral constituye uno de los pilares básicos en los que descansa la vida del ser humano, representando en torno a 1/3 de la actividad total del mismo y desempeñando un papel de gran relevancia para la integración social y la satisfacción de las necesidades del individuo. No obstante, el mismo contexto laboral también puede ser el desencadenante de toda una serie de desajustes en el trabajador debido; principalmente, a la presencia de determinadas situaciones o condiciones del empleo. Dichas condiciones pueden propiciar la aparición de las denominadas *patologías laborales*, las cuales favorecen el deterioro de la calidad de vida del trabajador y, en consecuencia, una merma en los objetivos de la organización (3).

En este sentido, uno de los trastornos sociolaborales que está recibiendo una inusitada atención durante los

últimos años lo constituye el denominado *mobbing* o acoso moral en el trabajo, debido a su creciente incidencia y a las graves repercusiones que el mismo comporta en la salud de los trabajadores (4) (5). Dicha trascendencia social del fenómeno, encuentra su justificación en las cifras aportadas por la III Encuesta Europea sobre Condiciones del Trabajo (6), la cual concluye que un 9% de los trabajadores europeos (13 millones de personas) han sido víctimas de dicho acoso en su lugar de trabajo. En nuestro país, según los datos recogidos por Piñuel (7), un 11,44% de los trabajadores se consideran víctimas de acoso moral. Sin embargo, y a pesar del reconocimiento que posee en la actualidad, no se trata de un fenómeno nuevo en el entorno laboral, ya que siempre ha estado presente en las empresas, adquiriendo diversas formas de expresión (8). Concretamente, el *mobbing* se engloba en un fenómeno más amplio: la violencia en el lugar de trabajo, definida en 1995 por la Comisión Europea como incidentes de abuso hacia una persona, con amenazas o asalto en circunstancias relacionadas con su trabajo que implican un desafío implícito o explícito a su seguridad, bienestar o salud (9).

El término anglosajón *mobbing*, traducido al castellano como acoso moral en el lugar de trabajo, es empleado por vez primera en el ámbito laboral por Heinz Leyman en la década de los 80 para hacer referencia al fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente al menos una vez por semana- y durante un tiempo prolongado más de seis meses- sobre otra persona en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo (10). La expresión de dicha violencia psicológica extrema tiene lugar a través de diversos comportamientos hostiles que pueden ser de distinta naturaleza (11): a) Acciones contra la reputación o la dignidad personal del afectado (v.gr., comentarios injuriosos sobre la persona acosada; ridiculizaciones sobre el aspecto físico, de sus convicciones personales, de su estilo de vida); b) Acciones contra el ejercicio de su trabajo (p.e., encomendar al individuo a realizar trabajos en exceso o difíciles, monótonos o repetitivos o para los cuales no está cualificado o, por el contrario, privándoles de la realización de cualquier tipo de desempeño profesional; c) Manipulación de la comunicación o de la información con la persona afectada (v.gr., no proporcionar información sobre los distintos aspectos de su trabajo, amenazas, críticas en público, no dirigirle la palabra, ignorar su presencia, etc) y, d) Situaciones de inequidad (p.e., establecimiento de diferencias de trato, distribución no equitativa del trabajo, o desigualdades remunerativas). A su vez, dichas situaciones de acoso pueden afectar a cualquier nivel jerárquico de la organización (acoso horizontal, ascendente o descendente), de tal modo que cualquier miembro de la organización puede convertirse en acosador o acosado (12).

La situación de estrés crónico a la que se ven sometidas las víctimas de acoso moral acarrea toda una serie de negativas consecuencias (4) (7) (13) (14), que afectan a su estado psicológico (v.gr, estrés; ansiedad; depresión; agotamiento físico, psicológico y emocional; sentimientos de fracaso, etc); físico (patología psicosomática asociada a daños físicos, tales como dolores de cabeza, trastornos intestinales, etc); social (conductas de aislamiento, desconfianza, inadaptación social, etc) y laboral (afectación de su empleabilidad). La gravedad de dichas consecuencias y el aumento de la sensibilización en torno a dicha problemática laboral han motivado, durante los últimos años, el incremento de las demandas judiciales por esta causa. Así, entre el 2000 y el 2003 se dictaron más de 150 sentencias relacionadas con el acoso laboral, cifra que se ve aumentada durante el 2004, llegándose a contabilizar alrededor de 400 sentencias sobre *mobbing*.

Ciñéndonos al ámbito judicial, la valoración legal del acoso moral constituye una tarea sumamente compleja, debido a una serie de características asociadas a este complejo fenómeno laboral:

- En primer lugar, uno de los elementos característicos del acoso psicológico en el lugar de trabajo es que no deja rastro ni secuelas visibles, excepto las propias del deterioro psicológico de la víctima.
- A su vez, en la actualidad no existe un acuerdo unánime a la hora de establecer la huella psíquica directa asociada al *mobbing*.

- Finalmente, no contamos con un protocolo de evaluación válido y fiable para establecer la veracidad de las declaraciones en las víctimas de acoso o para la determinación del daño psíquico asociado.

Teniendo en cuenta el estado de la cuestión, así como el aumento de las demandas judiciales a los peritos psicólogos en casos de acoso en el ámbito laboral, consideramos imprescindible la determinación del daño psicológico asociado al mobbing, así como la creación de un protocolo de evaluación fiable y válido que permita descartar en el ámbito judicial la existencia de simulación. En este contexto planteamos la presente investigación, la cual constituye una aproximación preliminar a la valoración legal de la huella psicológica asociada al mobbing. Específicamente, nos centraremos en capacidad de simulación, la efectividad de la misma y la capacidad discriminativa entre la sintomatología asociada al mobbing y la no asociada que poseen los sujetos.

Con el fin de contextualizar la presente comunicación, a continuación realizaremos una breve aproximación a la literatura existente en torno a la valoración psicológica del acoso moral en el ámbito judicial.

Valoración del daño psicológico por mobbing en el contexto legal

Tal y como adelantábamos en párrafos anteriores, la determinación del daño psicológico asociado al mobbing, constituye un elemento fundamental a la hora de determinar la existencia o no de dicho acoso. Sin embargo, en la actualidad no existe consenso a la hora de calificar la huella psicológica directa asociada a dicho fenómeno laboral. De hecho, según Piñuel (15), no existe una denominación oficial en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) para el acoso psicológico en el trabajo. No obstante, y a pesar de la discrepancia de opiniones, los estudios centrados en el análisis de las consecuencias psicoemocionales asociadas a este fenómeno han permitido discernir la sintomatología propia de una víctima de acoso. Así, según los datos aportados por las diferentes investigaciones en torno al tema, podemos diferenciar los siguientes grupos sintomáticos en las víctimas:

1) Cognitivos: estrés, ansiedad generalizada; sensación de amenaza permanente; agotamiento psicológico, físico y emocional; dudas sobre el propio equilibrio emocional y de las percepciones que un tiene de su situación; sentimientos de culpabilidad y responsabilidad; indefensión (13). A su vez, también se destacan los sentimientos de fracaso, impotencia y frustración; baja autoestima o apatía y problemas de concentración o atención (4) (16).

2) Psicosomáticos: el estrés al que se ven sometidas las víctimas de acoso tiene efectos indirectos sobre su estado físico, presentando amplio elenco de somatizaciones (17) (18) (19): trastornos cardiovasculares (v.gr., hipertensión, arritmias, dolores en el pecho); trastornos musculares (v.gr., cefaleas tensionales; dolores lumbares y cervicales asociados a la tensión, temblores, hiperreflexia); trastornos respiratorios (p.e., hiperventilación, sensación de ahogo, sofocos); trastornos gastrointestinales (i.e., dolores abdominales, náuseas, vómitos, sequedad de boca) y; finalmente, también se destaca la alteración del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo).

3) Sociales: Los efectos sociales del acoso laboral se caracteriza por la aparición de actitudes de desconfianza y conductas de aislamiento; evitación y retraimiento (20). Dichas consecuencias sociales también se manifiestan en las relaciones familiares tales como sentimientos de incompreensión; pérdida de ilusión e interés por los proyectos comunes; abandono de responsabilidades y compromisos familiares y; alteración de la afectividad.

Siguiendo a Hirigoyen (18), otro de los aspectos destacados como consecuencias del acoso, son las modificaciones psíquicas estables, esto es cambios en la personalidad de la víctima. Estos cambios pueden adoptar tres patrones diferenciados (21): a) Predominio de rasgos obsesivos (actitud hostil y suspicacia,

sentimiento crónico de nerviosismo, hipersensibilidad con respecto a las injusticias); b) Predominio de rasgos depresivos (sentimientos de indefensión, incapacidad para disfrutar y sentir placer, anhedonía, desesperanza aprendida) y; finalmente, c) Resignación: aislamiento, sentimiento de alienación con respecto a la sociedad, actitud cínica hacia el entorno.

Otro aspecto relevante y fundamental a la hora de valorar la existencia de acoso psicológico en el contexto legal, es la realización de un adecuado diagnóstico diferencial con respecto a otros fenómenos laborales; los cuales, aunque similares en el contexto de aparición, son radicalmente diferentes en cuanto a su origen, sintomatología y repercusiones legales. Concretamente, siguiendo a Hirigoyen (22), deberemos distinguir el acoso moral de:

- Estrés laboral: Por definición, el estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas (23). En este contexto; el estrés laboral es propiciado, entre otras situaciones, por las exigencias laborales, la sobrecarga de trabajo, la competitividad o las responsabilidades. Cuando dichas condiciones laborales sobrepasan las capacidades de afrontamiento de los individuos, pueden aparecer toda una serie de alteraciones psicológicas y físicas (23). En estrés, en sí mismo, ha sido considerado como un posible factor facilitador de las conductas de acoso; no obstante, contrariamente a lo que sucede en el mobbing, en el estrés laboral no existe una intencionalidad perversa (22).

- Burnout: Éste fenómeno laboral es definido como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas (24). Al igual que sucede con el estrés laboral, el síndrome de burnout puede considerarse un factor que favorece las situaciones de acoso, debido a que implica una deshumanización de la relación con el otro (22). No obstante, el fenómeno del burnout, también puede constituir una secuela asociada al mobbing (saturación emocional y anímica; distanciamiento emocional y pérdida de la motivación por el trabajo desempeñado). La característica fundamental que diferencia a esta patología laboral del acoso en el lugar de trabajo es que en el burnout no existe intencionalidad de causar daño a una víctima concreta, sino que puede afectar por igual a los diferentes trabajadores de una empresa.

- Los conflictos laborales: En el conflicto, a diferencia del acoso moral, se produce una discrepancia explícita tras el cual, una vez solucionado, la relación laboral recobra la normalidad. En el caso del acoso moral no existe un conflicto explícito, desarrollándose bajo la apariencia de normalidad sin que nadie, salvo la víctima y el agresor, se percate de ello (25).

- Las exigencias profesionales: Finalmente, el acoso debe distinguirse de las decisiones legítimas que conciernen a la organización del trabajo (v.gr., críticas constructivas, evaluaciones explícitas del trabajo desempeñado, los cambios de puesto siempre que sean conformes al contrato de trabajo) las cuales son explícitas y dirigidas a todos los trabajadores (22).

Finalmente, no debemos obviar que en el contexto judicial pueden tener lugar falsas alegaciones de acoso moral, debiendo contemplarse la posibilidad de simulación. El término simulación aparece definido en el DSM- IV-TR (26) como la producción intencionada de síntomas físicos o psicopatológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Conforme a este manual existe simulación cuando se cumple alguno de los siguientes criterios:

- Se presenta en un contexto medico-legal.

- Existe discrepancia entre la alteración manifestada por la persona y los datos objetivos obtenidos a partir de la exploración clínica.

- El sujeto no colabora mientras se realiza la valoración diagnóstica y no cumple el régimen de tratamiento prescrito.
- El sujeto presenta un trastorno antisocial de la personalidad.

En este contexto, la evaluación de este síndrome en la Sala de Justicia requiere un control estricto de la simulación y la veracidad de la acusación (27). Para ello, es necesario recurrir a una metodología específica de medida para conocer y/o reconocer la simulación, dado que la clínica habitual no es útil para discriminar la realidad de la simulación (1). De esta manera, Arce, Fariña y Freire (28) y Arce, Pampillón y Fariña (29) demostraron que una medida que discrimine el daño real de la simulación necesita ser el resultado de dos procedimientos complementarios: la evaluación de una tarea de reconocimiento y otra de conocimiento. La tarea de reconocimiento consiste en la aplicación de instrumentos psicométricos, los cuales permiten al sujeto; de alguna forma, reconocer cuál de los síntomas descritos en el instrumento padece. Sin embargo; la tarea de conocimiento, que se obtiene a través de una entrevista clínico-forense, en formato de discurso libre, lleva al sujeto a relatar los síntomas, conductas y pensamientos que tiene en el momento presente. Esta forma resulta más compleja para el simulador, pues necesita saber cuales son los síntomas psíquicos, en este caso, del acoso moral. De esta forma, tanto la instrumentación psicométrica como la entrevista permiten un control de la simulación que llega a ser casi total (27). En la presente investigación, al tratarse de un estudio exploratorio, tan sólo aplicaremos una tarea de reconocimiento, concretamente el SCL-90-R, con la finalidad de comprobar si dicha tarea de reconocimiento puede facilitar la simulación.

Método

Muestra

Para la realización del presente estudio contamos con 50 participantes, 32 de los cuales eran de género femenino (64%) y 18 de género masculino (18%), todos ellos con una edad superior a los 18 años, situándose el intervalo de edades entre los 20 y los 60 años. A su vez, la totalidad de los sujetos mostraron salubridad mental, no presentando indicios de trastorno psicológico alguno.

Instrumentos de medida

Como instrumento de medida tomamos el SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised) desarrollada por Derogatis en 1977, y adaptada y baremada en España por TEA ediciones en el 2002 (2). Dicho listado nos permite valorar el grado de alteración psicopatológica o psicosomática que presentan o simulan los sujetos de nuestro estudio.

El SCL-90-R se compone de 90 ítems-síntomas baremados en una escala de 5 puntos, desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima), con un tiempo medio de cumplimentación entre los 12 y 15 minutos. A su vez, estos 90 síntomas se distribuyen en 9 grupos o dimensiones sintomáticas, cada una de las cuales mide un aspecto diferente de la psicopatología. Dichas dimensiones se describen a continuación (2): a) somatización (vivencias de disfunción corporal, incluyendo síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular); b) obsesivo-compulsivo (conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar); c) sensibilidad interpersonal (sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas); d) depresión (signos y síntomas propios de los trastornos depresivos, vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos); e) ansiedad (síntomas referidos a manifestaciones clínicas de ansiedad tanto generalizada

como aguda (pánico), a la vez que engloba signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas); f) hostilidad (pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, rabia y resentimiento); g) ansiedad fóbica (mediante esta dimensión se valoran las diferentes variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal, persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida); h) ideación paranoide (aspectos de la conducta paranoide, tales como suspicacia, centralismo autorreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control) y; finalmente, i) psicoticismo (aspecto psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida, no obstante, en la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta).

Este cuestionario posibilita, además de la puntuación alcanzada en cada una de las 9 dimensiones, la medida de tres índices globales:

- El Índice de Severidad Global (GSI), que es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global.
- El Total de Síntomas Positivos (PST), que contabiliza el número total de síntomas positivos, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología.
- El Malestar referido a Síntomas Positivos (PSDI), que relaciona el sufrimiento o estrés global con el número de síntomas y es, por lo tanto, un indicador de la intensidad sintomática media.

En cuanto al análisis de la veracidad de las respuestas en los sujetos evaluados, el presente cuestionario permite inferir la posible existencia de simulación o disimulación mediante la relación existente entre los tres índices globales. Concretamente, podremos detectar la posible existencia de simulación cuando los sujetos muestren una gran amplitud sintomática ($PST > 50$ en varones o $PST > 60$ en mujeres); esto es, muestran una combinación excesiva de sintomatología revelando un estilo de respuesta aumentador; o cuando presentan puntuaciones superiores a 1.49 en el GSI o a 2.39 en el PSDI (puntuaciones medias tomadas de muestra psiquiátrica), lo cual estaría indicando una inusitada severidad sintomática (2). A su vez, detectaremos la posible existencia de disimulación (estilo reductor o minimizador) cuando los sujetos presentan puntuaciones menores a 4 en el PST.

Procedimiento y diseño

Los datos fueron obtenidos de forma individual y anónima, siendo voluntaria la participación en el estudio. En relación al diseño de investigación, hemos optado por un diseño experimental de medidas repetidas. En un primer momento, la tarea de los sujetos fue responder al SCL-90-R bajo las instrucciones estándar del propio cuestionario, para un cotejo de su estado clínico real. Esta evaluación previa nos ha permitido descartar, en los sujetos, la posible presencia de trastornos psicológicos que pudiesen contaminar los resultados, constatándose en todos ellos total salubridad psicológica. A su vez, se les indicó que volveríamos a evaluarlos transcurrida una semana. Para esta segunda medida se les instruyó en lo que se denomina instrucciones de simulación, las cuales consistían en pedirles que se simulasen el papel de una víctima de acoso moral en el contexto laboral a la cual se le iba a evaluar sobre las secuelas psicológicas de dicho acoso.

Resultados

Estudio de la simulación en las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R.

El primer interrogante a responder era conocer si los sujetos, en general, eran capaces de simular la huella psíquica asociada al acoso moral en las diferentes dimensiones sintomáticas del SCL-90-R (2), con la finalidad de comprobar si lo que simulan es coherente con el daño psíquico esperado tras una situación de acoso (5) (17) (21) (30): paranoia y manías persecutorias, depresión, ansiedad, somatización, pensamientos obsesivo-compulsivos y psicoticismo (referido a cinismo, aislamiento, concreción de una vida fantasiosa). Para ello, en un primer momento procedimos a comparar los valores medios obtenidos por los sujetos de nuestro estudio, en cada una de las dimensiones sintomáticas, con los valores promedios obtenidos por Derogatis (2) con una muestra de población general. Los resultados (ver Tabla 1) muestran que los sujetos en repuestas de simulación obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en somatización, obsesión-compulsión, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, que la población general. En consecuencia, los participantes fueron capaces de simular un cuadro comórbido como secuela de un acoso moral. De éste se infiere que han ejecutado la tarea correctamente, por ser daño esperado, en la dimensiones somatización, pensamientos obsesivo-compulsivos, paranoia y manías persecutorias, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo. No obstante, también han simulado un daño en susceptibilidad interpersonal y hostilidad que no era esperado como secuela del daño producido por el mobbing. En resumen, han logrado simular el daño esperado pero no discriminar entre el daño esperado y el no esperado.

Variable	t	p	M	S _x	CV	Valor de prueba
Somatiza.	5.97	.000	1.14	.7080	61.65	.55
Obse.-Comp.	11.81	.000	1.65	.6306	38.13	.60
Susce. Int.	13.39	.000	1.78	.7029	39.46	.45
Depresión	16.67	.000	2.25	.6490	28.84	.72
Ansiedad	14.01	.010	1.90	.6984	36.68	.52
Hostilidad	8.84	.000	1.51	1.049	59.41	.45
Ansi. Fób.	3.52	.001	.569	.6414	112.60	.25
Ideac. Par.	18.32	.000	2.66	.8454	31.76	.47
Psicotici.	6.31	.000	.741	.5942	80.23	.21

Nota: G.L (49). Los valores de prueba fueron tomados de Derogatis (2002) para una muestra de población general.

Tabla 1. Prueba T para una muestra.

Teniendo en cuenta dichos resultados, en un segundo momento procedimos a comprobar qué frecuencia y porcentaje de los sujetos analizados presentan puntuaciones T (escala típica normalizada con media 50 y desviación típica de 10) iguales o superiores a 70, lo que nos indicaría que estamos ante puntuaciones propias de una muestra clínica. Los resultados, recogidos en la Tabla 2, ponen de manifiesto unas prevalencias de daño psíquico que no se corresponden con las observaciones de la realidad que cifran los daños psicológicos asociados a delitos entre el 25% y el 55% de los casos de otras víctimas de violencia psicológica (concretamente, violencia de género) (31). De hecho, las contingencias observadas son tan elevadas que igualan o superan el 50% de patologías en la práctica totalidad de las dimensiones (las únicas excepciones son somatización y ansiedad fóbica).

Variable	T ₇₀	Frecuencia	%
Somatiza.	1.20	18	36%
Obse.-Comp.	1.30	34	68%
Susce. Int.	.96	44	88%
Depresión	1.36	46	92%
Ansiedad	1.14	44	88%
Hostilidad	.95	35	70%
Ansi. Fób.	.67	17	34%
Ideac. Par.	1.05	48	96%
Psicotici.	.56	25	50%

Nota: El valor de contraste, T₇₀ fue obtenida a partir de una muestra general proporcionada por Derogatis (2002).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de los sujetos con puntuaciones T>70 (comparación valores de muestra general).

Aún es más, el contraste de los sujetos en evaluación de daño simulado como consecuencia de un acoso laboral con la población psiquiátrica (véase la Tabla 3), advierte de una gravedad de la sintomatología informada igual o superior a la muestra psiquiátrica en las dimensiones clínicas obsesión-compulsión, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, e ideación paranoide. En otras palabras, los simuladores de daño psíquico reconocen una intensidad en el mismo que iguala o ni siquiera es propia en muchas dimensiones de poblaciones psiquiátricas.

Variable	t	p	M	S _v	CV	Valor de prueba
Somatiza.	-5.20	.000	1.14	.7080	61.65	1.67
Obse.-Comp.	2.61	.012	1.65	.6306	38.13	1.42
Susce. Int.	-1.09	.279	1.78	.7029	39.46	1.89
Depresión	6.97	.000	2.25	.6490	28.84	1.61
Ansiedad	2.67	.010	1.90	.6984	36.68	1.64
Hostilidad	3.88	.000	1.51	1.049	59.41	1.18
Ansi. Fób.	-5.18	.000	.569	.6414	112.60	1.04
Ideac. Par.	11.13	.000	2.66	.8454	31.76	1.33
Psicotici.	-3.44	.001	.741	.5942	80.23	1.03
I.S.G	1.745	.087	1.618	.5196	32.10	1.49
I.M.R.S.P	.825	.414	2.447	.4962	19.04	2.39
T.S.P	2.928	.005	59.20	15.62	26.38	52.73

Nota: G.L (49). Los valores de prueba fueron tomados de Derogatis (2002) para una muestra de adultos psiquiátricos.

Tabla 3. Prueba T para una muestra.

Estudio de la simulación en los tres índices globales del SCL-90-R.

El estudio de los resultados en las escalas de control de la validez, PST, GSI y PSDI (ver la Tabla 4), revela una efectividad significativa en la detección de la simulación, pero que en las escalas PST (Total de Síntomas Positivos) y PSDI (Severidad Referido a los Síntomas Positivos) no es superior al azar (.5), en tanto el índice GSI (Índice de Severidad Global) es un indicador efectivo de simulación; no obstante, el margen de error asociado a la no detección de simulación cuando la hay, el 36%, es mayor que el asumible estadísticamente (.05), $Z(50)=10$; $p<.001$.

Indicadores de simulación	Simuladores detectados			p
	Frecuencia	%	Z	
PST> 52.75	24	48%	0.28	ns
GSI> 1.49	32	64%	1.97	.05
PSDI> 2.39	28	56%	0.85	ns

Tabla 4. Estudio de la simulación en los tres índices globales

En cuanto a la presencia de disimulación en las respuestas, observamos que ninguno de los sujetos evaluados presentaron un perfil reductor ($PST < 4$); esto es, no asocian como una característica del daño psíquico asociado al acoso la ocultación de daños psicológicos.

Discusión

De los anteriores resultados se puede concluir que:

- Sobre la capacidad de simulación del daño asociado al mobbing. Los sujetos obtenidos de una población general sin conocimientos de psicopatología son capaces de simular, en una tarea de reconocimiento de síntomas como implica el SCL-90-R, las secuelas psíquicas propias del acoso moral. En consecuencia, la simple observación de esta sintomatología no es prueba suficiente para la evaluación forense.
- Sobre la capacidad de discriminación entre sintomatología esperada y no esperada. Los participantes no fueron capaces de discriminar entre sintomatología esperada y no esperada con lo que se abre la puerta al uso de esta falta de consistencia en los protocolos clínicos como un indicador de simulación.
- Sobre las escalas de control de la validez de las respuestas: El PSDI y PST no son indicadores robustos de simulación en tanto el índice GSI, si bien es un estimador fiable de simulación, deja un alto margen de error en la no detección de simulación. En suma, las escalas de control de la validez del SCL-90-R no son prueba suficiente para el control de la simulación.
- Sobre las estrategias seguidas por los simuladores. Los resultados obtenidos de los protocolos de sujetos simuladores permiten inferir que éstos siguieron dos estrategias a la hora de simular: la asunción indiscriminada de síntomas, tal y como se desprende de que presentaron puntuaciones significativas en todas las dimensiones al tiempo que la prevalencia de casos clínicos supera las contingencias en poblaciones reales, y la asignación a los síntomas informados e una severidad extrema, esto es, siguen una estrategia de severidad de síntomas que la literatura ha asociado a simulación (32).

Bibliografía

- (1) Rogers, R. Clinical assessment of malingering and deception. New York: Guilford Press; 1997.

- (2) Derogatis, L.R.. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: TEA ediciones; 2002.
- (3) Fernández-Montalvo, J. y Garrido, L. Psicopatología laboral. Trastornos derivados del trabajo. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 1999.
- (4) Hirigoyen, M. F. El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Barcelona: Paidós; 1999.
- (5) González de Rivera, J.L. El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Madrid: Espasa-Calpe, 2002.
- (6) Informe Randstad. Calidad del Trabajo en la Europa de los quince. Madrid: Randstad; 2003.
- (7) Piñuel, L. Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo: Madrid: Circulo de Lectores; 2001.
- (8) Cavas, F. (2002). El acoso moral en el trabajo mobbing : delimitación y herramientas jurídicas para combatirlo. Actualidad Jurídica Aranzadi; 55: pp. 2-27.
- (9) Instituto de Estudios Laborales de Esade. Informe Randstad: Acoso Moral. Esade; 2003.
- (10) Leymann, H. Mobbing: La persecución au travail. París: Seuil; 1986
- (11) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSHT: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing, 1998; NPT-e 476
- (12) Segurado, A. Rodríguez, J. Mier, L. y Agulló, E. Una aproximación psicosocial al mobbing: naturaleza y características en una muestra concreta de trabajadores. En J. Romay; J. Salgado; M. Romaní y D. Robla (comps.): Psicología de las Organizaciones, del Trabajo y Recursos Humanos y de la Salud (pp. 47-53). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2005.
- (13) García, P. y Rolsma, D. Trabajando con el enemigo. Barcelona: DeBolsillo; 2003.
- (14) Mayoral, S. Mobbing y acción sindical. Manuscrito. Ciencias Sociales UAB; 2003.
- (15) Piñuel, I. Jefes tóxicos y sus víctimas. Madrid: El País Aguilar; 2004.
- (16) Fornés, J. Mobbing: la violencia psicológica como fuente de estrés laboral. Enfermería Global, Noviembre 2002; 1.
- (17) Leymann, H. Mobbing und psychoterror am arbeitsplatz. Sichere Arbeit, 1992: 22-28.
- (18) Hirigoyen, M.F. El acoso moral en el trabajo. Barcelona: Paidós; 2001.
- (19) Soria, M.A. Manual de Psicología Jurídica e Investigación Criminal. Madrid: Pirámide; 2005.
- (20) Martín, F. y Pérez, J. El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
- (21) Gómez, E., Burgos, D., y Martín, S. Acoso psicológico en el trabajo: Características de la víctima, consecuencias psicológicas e implicaciones para la terapia. Interpsiquis, 2003 (citado: 12 de Septiembre del

2005). Disponible en: www.psiquiatría.com.

(22) Hirigoyen, M. F. El acoso moral. Gaceta de Psicología, Mayo 2004; 25: 17-23.

(23) Peiró, J. M. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1993

(24) Maslach, C. y Jackson, S. E. The Maslach Burnout Inventory. Manual (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.

(25) Cordero Saavedra, L. El acoso moral u hostigamiento psicológico en el trabajo. Un problema laboral con incipiente respuesta jurídica. Revista Española de Derecho del Trabajo. Marzo-Abril, 2002.

(26) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2005.

(27) Nakamura, A.P. y Arce, R. Asedio Moral. Aletheia, Jan-Jun 2004, 19: 67-74

(28) Arce, R., Fariña, F. y Freire, Mª J. Contrastando la generalización de los métodos empíricos de detección del engaño. Psicología: Teoría, Investigación y Práctica, 2002, 7(2): 71-86.

(29) Arce, R., Pampillón, Mª y Fariña, F. (2002). Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la situación de enajenación mental en el contexto legal, Anuario de Psicología, 2002, 33 (3): 385-408.

(30) Piñuel, L. Mobbing: cómo sobrevivir al psicoterror laboral. Santander: SalTerra; 2001.

(31) Echeburúa, E. y Corral, P. Manual de Violencia Familiar. Madrid: Siglo XXI; 2003.

(32) Rogers, R. y Mitchell, C. N. Mental health experts and the criminal courts: A handbook for lawyers and clinicians. Scarborough, ON.: Thomson Professional Publishing; 1991

Psiquiatría.Tv, Psiquiatría Interactiva - Apartado de Correos 227 - E-07181 Palmanova (Mallorca) - Illes Balears (España)

<http://www.psiquiatría.tv> - info@psiquiatría.com

Copyright © 1997-2010Psiquiatría.Tv, Psiquiatría Interactiva [aviso legal](#)