

# Psicometría del acoso psicológico en el trabajo

# 6

MANUEL J. RODRÍGUEZ ABUÍN  
Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA  
Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica

## 1. INTERROGANTES Y CLAVES EN EL PSICODIAGNÓSTICO DEL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO (APT) Y SUS EFECTOS

En la valoración del APT y sus efectos se deben cuantificar la percepción de la frecuencia e intensidad de las conductas de acoso experimentadas, la sintomatología psicopatológica y psicosomática experimentadas, así como los posibles factores de vulnerabilidad o de personalidad que pueden predisponer o potenciar el desarrollo del cuadro clínico (ver tabla 1). Diferentes cuestionarios e inventarios como el LIPT-60 (ver González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2003; 2005), el SCL-90 R (González de Rivera y cols., 2002) permiten el conocimiento descriptivo de la percepción de acoso y de la sintomatología psiquiátrica experimentada por el individuo. Sin embargo, no nos informan ni de cómo se configura el síndrome de estrés característico en personas afectadas por APT (Síndrome de acoso psicológico, ver González de Rivera, 2002) ni de qué factores intervienen en su conformación. La observación de un perfil sintomático característico y la recopilación de una información coherente con el síndrome son hechos importantes y necesarios en la exploración y entrevista psicodiagnóstica, pero deben completarse con un método de psicometría diagnóstico e investigador de los factores determinantes y conformadores del síndrome. Así ha de valorarse objetivamente de forma cuantitativa y/o cualitativa los siguientes puntos clave en el APT, que permiten un diagnóstico diferencial preciso para con respecto a otros cuadros clínicos:

- a) Los efectos paranógenos en el APT, diferenciándolos de otros cuadros paranoides primarios o estructurales.
- b) La veracidad del testimonio y su grado de ajuste a la realidad, evaluando factores y alteraciones de la personalidad que son incompatibles con el testimonio veraz y sincero —o que lo condicionan—, así como los factores perceptivos, cognitivos, emocionales y defensivos en interacción que modulan el ajuste del testimonio a la realidad.
- c) La simulación, parte de la veracidad, pero analizada independientemente por su complejidad, abordando el fingimiento de enfermedad secundario (con ganancia intencional o consciente) y el fingimiento positivo (asociado en parte a la deseabilidad social y a la defensividad). Además, se debe diferenciar de otras formas de distorsión inconscientes, como el trastorno facticio, donde la motivación primaria es estar enfermo, o como algunos cuadros clínicos con desajustes en la personalidad.

## **2. EL PROBLEMA DE LOS EFECTOS PARANÓGENOS**

Como se ha dicho, diversos cuestionarios e inventarios describen y cuantifican el tipo e intensidad de acoso percibido y de sintomatología psicopatológica experimentada por el individuo. Sin embargo, no nos informan ni del locus etiológico de la psicopatología (interno-personal vs. externo-situacional) ni de su grado de estabilidad (crónica-estable vs. inestable-temporal), elementos fundamentales entre otros para establecer un diagnóstico diferencial preciso del síndrome de acoso psicológico (SAP) de otros cuadros clínicos.

La clínica que desarrollan las personas inmersas en situaciones de acoso laboral y que ha descrito González de Rivera (González de Rivera, 2002), incluye en un alto porcentaje de casos sintomatología hostil-paranoide muy intensa, en la que incluso en un número reducido de casos puede estar acompañado de una ideación pseudodelirante. Es en toda esta casuística donde se plantea el problema de los efectos paranógenos del acoso, o paranoia secundaria o reactiva, y de su diagnóstico diferencial con respecto a la paranoia primaria o estructural.

Entendemos por paranoia reactiva o efectos paranógenos del APT toda la clínica de carácter paranoide o persecutoria, con o sin ideación delirante, que

está determinada primariamente por la situación de hostilidad laboral, y que puede inundar en mayor o menor grado la vida social, laboral y personal-subjetiva del afectado. La evolución es generalmente transitoria pero puede cronificarse, especialmente si se añaden experiencias de victimización secundaria y si no hay tratamiento adecuado. En estos casos está típicamente presente la hipervigilancia paranoide (hipercaptación de todos los detalles —relevantes e irrelevantes, grandes o minúsculos— en el escudriñamiento del campo estimular) pero generalmente restringida a las situaciones paranógenas. A diferencia de los síndromes paranoides primarios, se objetiva una necesidad de cercanía emocional apropiada y, en alguno casos, aumentada.

La paranoia primaria, por el contrario, se refiere a la clínica persecutoria cuya causalidad es primariamente estructural o idiosincrásica, con predominancia de ideación delirante, que puede afectar amplia o parcialmente la vida social, laboral y personal, como ocurre en el Trastorno de la personalidad paranoide y en el trastorno delirante paranoide. Habitualmente, en estos casos no hay necesidad de cercanía emocional, sino todo lo contrario, una actitud general de frialdad y rechazo. El procesamiento cognitivo de hipervigilancia paranoide tiene un mayor grado de generalización y el trastorno tiende a ser crónico más que reversible o inestable.

Para diferenciar una paranoia primaria de una paranoia secundaria, además de la impresión clínica, se deben utilizar métodos y técnicas que permitan extraer criterios o indicadores de diagnóstico diferencial. Esto se hace particularmente necesario en la valoración pericial, donde frecuentemente existe una disparidad de impresiones clínicas entre los peritos que valoran los casos. Además, las implicaciones terapéuticas y las repercusiones psicológicas sobre la persona afectada son muy diferentes si el diagnóstico es de paranoia primaria o de paranoia reactiva. También desde el punto de vista de la ética del diagnóstico (González de Rivera, 1996), es necesario ser cauteloso al diagnosticar una paranoia estructural si no existe evidencia definitiva y diferencial, ya que la estigmatización generada —ya de por sí existente en los afectados de acoso— puede agravar la sintomatología ansioso-depresiva y/u hostil paranoide, bloqueando la recuperación psicológica y somática.

En ocasiones el diagnóstico diferencial resulta complejo. En algunos casos podemos encontrar por un lado una disposición de personalidad sensitiva, que puede facilitar un cuadro paranoide de referencia, si las condiciones del medio psicosocial laboral no son las adecuadas. Es algo análogo a lo que ha descrito Ernst Krestchmer (Krestchmer, 1966) acerca del delirio

sensitivo de referencia, en el que un conflicto psíquico menor deriva en un delirio autorreferencial determinado por condiciones o situaciones vitales externas que no sólo juegan un papel de desencadenante, sino de constructores de la personalidad y del propio proceso. En los conflictos laborales basados en la hostilidad interpersonal, puede haber un carácter sensitivo psicorreactivo, pero que en ningún caso se descompensaría y derivaría en psicopatología manifiesta si las condiciones del clima laboral fuesen adecuadas. De esta forma, se puede aclarar y diferenciar la *querulancia reactiva* —muy frecuente en el APT—, de la *querulancia primaria delirante*. La *querulancia reactiva* aunque requiere una condición interna de mayor sensibilidad ante acontecimientos externos hostiles, no se manifiesta si no existe una situación presente de intensa y compleja hostilidad interpersonal; por el contrario, la *querulancia primaria delirante*, se presenta sin un factor situacional estresante significativo de hostilidad interpersonal en el trabajo y sí con una constante hipervigilancia paranoide y una distorsión perceptiva y cognitiva que sesga la interpretación de la realidad hacia el conflicto.

Ante toda esta problemática, para una correcta evaluación de los efectos paranógenos diferenciándola de otras patologías más estructurales, es necesario valorar los siguientes ejes (ver tabla 2):

1. *Locus etiológico* u origen de lo paranoide dentro de un continuo que iría desde lo interno (estructural) hasta lo externo (ambiental o situacional).
2. *Estabilidad* de lo paranoide, dentro de un continuo que iría de lo estable (crónico) hasta lo inestable (transitorio).
3. *Amplitud* de la afectación, desde lo parcial o específico en un área concreta (ej. Laboral), hasta lo global o generalizado (ej. Laboral, familiar, social...).
4. *Afectación de la estructuración psicológica*, dentro de un continuo desde el ajuste perceptivo y cognitivo adecuado (estructuración neurótica clásica con ajuste a la realidad, con posibilidad de sesgos perceptivos y disociaciones en relación con el conflicto y la hostilidad) hasta la desestructuración psicológica, con desajuste perceptivo y distorsiones en el procesamiento cognitivo. En este último caso puede generarse ideación delirante de tipo psicótico o alteraciones del pensamiento (circunstancialismos o desviaciones en el razonamiento) y/o sesgos perceptivos tanto independientes como dependientes de la situación de hostilidad.

A continuación se describen los métodos para cuantificar y valorar lo paranoide y sus variantes en función de estos ejes y poder así diferenciar lo paranógeno o paranoide reactivo, de lo paranoide primario o estructural.

### **3. PSICOMETRÍA DE LOS EFECTOS PARANÓGENOS**

Para llegar a conclusiones fiables y válidas, el método de valoración psicodiagnóstica en el APT debe tener varias medidas a lo largo del tiempo (consistencia en el tiempo de un individuo), y en diferentes situaciones de evaluación (consistencia transituacional). Esto a nivel práctico implica:

- a) Al menos 2 sesiones de evaluación (recomendable 3) en días diferentes, para asegurarnos un control y minimización de los efectos indeseables de la variable estado.
- b) Utilización de diferentes pruebas de evaluación (tests subjetivos, tests objetivos, tests proyectivos y entrevista)

Adicionalmente es aconsejable utilizar diferentes criterios de confirmación de los resultados obtenidos (sobre todo, a partir de las informaciones aportadas por otras personas en fuentes documentales de su historia y en la realidad (ejemplo: informaciones de familiares), que pueden servir como criterios de confirmación cruzada (y, por supuesto de validación, apoyando a la consistencia transituacional) de los resultados predictivos de la exploración.

Se exponen a continuación primero las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos y técnicas psicodiagnósticas y, finalmente, se revisan diferentes instrumentos de medida en el APT con relación a su adecuación y efectividad en la medición de los efectos paranógenos.

#### **3.1. Métodos de evaluación psicológica y psicometría**

Al cuantificar estados mentales, síntomas, rasgos u otras variables psicológicas es importante llevar a cabo una recogida de datos con métodos o ins-

trumentos que tengan una buena fiabilidad y validez (Anastasi, 1976). Es decir, hemos de asegurarnos que aquello que estamos midiendo lo hagamos con precisión y que además sea lo que realmente queremos medir (Ej. Si estamos utilizando un cuestionario para medir un rasgo de hostilidad en una persona, su medida debe ser precisa, y debe valorar realmente hostilidad y no por ejemplo, otra variable como la ansiedad). Además han de tenerse en cuenta los costos y requisitos de conocimiento técnico, variables según el método o instrumento de evaluación.

Un primer método de evaluación lo constituye la *observación de conductas* a partir de uno o varios jueces. Sus grandes inconvenientes radican en las bajas fiabilidad y validez del método, aunque un registro sistemático de comportamientos discretos y específicos en unidades de tiempo preestablecidas puede paliarlos. Los efectos de halo o de generalización, la influencia de los estereotipos y de los sesgos personales de los evaluadores en la valoración de sus respuestas, hacen imprescindible que los evaluadores estén homogéneamente formados, lo cual en algunos casos permite en psicopatología hacer diagnósticos con una elevada fiabilidad interjueces (APA, 1980). Además de estos inconvenientes, la mera observación directa de conductas es cuestionable, si no se tiene en cuenta la intencionalidad de la conducta (Sánchez y Sánchez, 1995).

Otros métodos utilizan *los cuestionarios, inventarios y escalas*, en los que el sujeto responde de forma subjetiva a una serie de ítems que conciernen a la faceta a evaluar. Se ahorra tiempo y costos, pero sin embargo la deseabilidad social de los individuos y los modos particulares de respuesta de los individuos, como la aquiescencia, el extremismo o la inhibición de la respuesta, plantean importantes problemas psicométricos. Además, es frecuente, sobre todo en Psicología de la Personalidad, que no se puedan construir inventarios con una fiabilidad y validez óptima para poder hacer valoraciones y predicciones relevantes sobre el comportamiento y funcionamiento psicológico del sujeto.

Otra forma de evaluar es a través de *pruebas objetivas*, planteándosele al individuo tareas ante las cuales se registra su actuación o respuestas en diversos parámetros. Dentro de este grupo son muy importantes los métodos psicofisiológicos (véase Labrador y García, 1990; García y Roa, 1993) en los cuales se registran respuestas fisiológicas gracias a la utilización de aparatos y estímulos diversos. Con este tipo de pruebas se eliminan los problemas de subjetividad y deseabilidad social en la respuesta, pero se aumenta

el costo económico y de tiempo en la evaluación. Además, esta compleja evaluación psicofisiológica, no está exenta de inconvenientes, al disminuirse la validez ecológica y al introducirse numerosas variables extrañas (Valdés y De Flores, 1990).

Otros métodos de evaluación utilizan los *tests proyectivos y/o semiproyectivos*, en los cuales ante la presentación de estímulos con diferente grado de estructuración y complejidad, se registra cómo el sujeto construye su percepción de dicha estimulación. Con estos tests se logran suprimir y/o controlar los problemas de subjetividad y sinceridad del sujeto, aunque el tiempo requerido para la aplicación y corrección de estas pruebas suele ser largo. Además, la corrección suele ser compleja, lo que motiva una formación técnica específica importante del evaluador. Sin esta formación, los valores de fiabilidad interjueces disminuyen considerablemente y sería muy discutible su validez, por cuanto sería muy fácil introducir elementos de la subjetividad personal en la propia evaluación.

Por último, un instrumento de evaluación clínica fundamental es la *entrevista*, técnica de autoinforme que sirve para recoger información sobre una persona. En una entrevista se persigue una información fiable (tanto desde la congruencia y estabilidad de la información obtenida, como desde la congruencia interjueces) y válida (la información predice comportamientos y está en relación con lo que le pasa actualmente, y las preguntas de la entrevista tienen una congruencia y sirven para obtener información relevante para nuestros objetivos). Sin embargo, además del grado de estructuración empleado en la entrevista, es necesario atender a aspectos más cualitativos como la comunicación no verbal, el estilo en el lenguaje, el estilo cognitivo-afectivo, la atención, la congruencia del discurso y los lapsus cognitivos. Es decir, en la entrevista, no sólo se recoge información, sino que también se observa la manera de transmitirla.

### **3.2. Instrumentos de evaluación de los efectos paranógenos en el síndrome de acoso psicológico**

En el APT interesa valorar tanto variables del entorno de trabajo en relación con las relaciones interpersonales existentes en él (ej. Clima laboral, cohesión grupal), como variables individuales (personalidad, vulnerabilidad

al estrés, etc) de las personas que están en dicho entorno. Desde el punto de vista clínico-terapéutico y pericial, para la valoración de los efectos paranoicos del síndrome de acoso psicológico (González de Rivera, 2002) o el grado de afectación psicopatológico y psicosomático de las personas inmersas en situaciones de acoso laboral, nos interesan prioritariamente la evaluación de variables personales en relación con la interacción con variables situacionales. Se debe valorar la percepción de la frecuencia e intensidad de las conductas de acoso experimentadas, la sintomatología psicopatológica y psicosomática experimentadas, así como los posibles factores de vulnerabilidad o de personalidad que pueden predisponer o potenciar el desarrollo paranoico (ver tabla 1) y, lo que es fundamental, los ejes de valoración acerca de su locus etiológico, estabilidad temporal, grado de afectación o generalización y los efectos sobre la estructuración psicológica. A continuación se describen instrumentos de evaluación específicos en el APT y sus aportaciones al diagnóstico diferencial dentro del campo de lo paranoico.

### 3.2.1. *El LIPT-60*

El LIPT-60 de González de Rivera (ver González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2002 y 2005) es un inventario de 60 estrategias de acoso psicológico en el que la persona debe valorar el grado en que los ha experimentado en una escala tipo Likert de 0 (nada) a 4 (mucho). Es decir, al igual que en otras escalas de acontecimientos vitales como la de Holmes y Rahe (González de Rivera y Morera, 1983), el sujeto informa sobre la ocurrencia o no de determinados acontecimientos, aunque en este caso no son puntuales e intensos. En el LIPT se valoran las conductas de acoso en el trabajo que se manifiestan en un período prolongado de tiempo y que se ejercen de una manera de una forma sistemática en mayor o menor medida, constituyéndose una lista de microtraumas. Así mismo, se posibilita también la evaluación del grado de intensidad en que la persona experimenta cada estrategia de acoso. Por lo tanto, a diferencia del inventario original de 45 estrategias de Leymann, éste presenta como novedades y ventajas el que además de valorar la frecuencia de aparición incluyendo más estrategias y de gran relevancia, se valora la intensidad en la que se percibe cada estrategia.

A partir de la corrección del LIPT se obtienen tres indicadores globales: el número total de estrategias de acoso psicológico, (NEAP), el índice global de acoso psicológico (IGAP) y el índice medio de acoso psicológico (IMAP) El cálculo de estos parámetros globales se efectúa de la manera siguiente:

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

IGAP: índice global de acoso, obtenido sumando los valores asignados a cada estrategia de acoso psicológico y dividiendo esta suma entre el número total de estrategias consideradas en el cuestionario (normalmente 60, aunque si no considerase todas sería sólo el número de estrategias evaluadas).

IMAP: índice medio de intensidad de las estrategias de acoso psicológico experimentadas, igual al sumatorio de los valores asignados a cada estrategia partido por el número de estrategias de acoso psicológico percibidas (NEAP).

Igualmente, se extraen 6 indicadores que permiten describir la forma de acoso vivenciada en 6 dimensiones (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2005): el desprestigio laboral (descrédito en el trabajo), el entorpecimiento del progreso (bloqueo y degradación laboral), la incomunicación (aislamiento intraorganizacional y extraorganizacional), la intimidación manifiesta (amenazas directas), la intimidación encubierta (amenazas indirectas sin responsables visibles) y el desprestigio personal (descrédito vida personal y privada).

Con respecto a los efectos paranógenos, este inventario sólo proporciona una información descriptiva acerca de la frecuencia, intensidad y tipo percibido de acoso. Aunque no nos informa directamente ni del desarrollo paranoide ni de los ejes de valoración mencionados, sí podemos extraer información sobre un posible estilo aumentador extremista, caracterizado por puntuaciones extremas altas en la mayoría de los ítems (NEAP mayor de 50 e IMAP mayor de 3,5), sin que existan puntuaciones de diversa intensidad en los diferentes ítems. Esto junto con otros datos puede confirmar una reactividad aumentada y manifiesta (sin mecanismos de defensa que lo enmascaren) en la respuesta ante las situaciones de hostilidad laboral que puede favorecer el desarrollo paranoide reactivo.

### 3.2.2. *El SCL-90 R (Cuestionario de 90 síntomas)*

El cuestionario de 90 síntomas, adaptación española del SCL-90 R de Derogatis (González de Rivera y cols, 2002) es muy útil para evaluar la sintomatología psicopatológica y psicosomática presente en el síndrome de acoso psicológico.

El SCL-90 R consiste en un inventario de 90 síntomas que describen varias facetas de la psicopatología de los individuos, y que el sujeto debe valorar su presencia en una escala tipo Likert desde 0 (no presente en absoluto) hasta 4 (mucho o extremadamente) en las últimas semanas anteriores a la evaluación.

Los síntomas descritos en los ítems se agrupan en diferentes dimensiones sintomáticas que describimos a continuación: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Existen 7 ítems que no se insertan en ninguna de las 9 dimensiones, puesto que factorialmente saturan en más de un factor. Sin embargo, por su relevancia clínica el autor los mantiene en el instrumento.

Los indicadores de psicopatología del instrumento se basan en las 9 dimensiones señaladas y en tres índices generales o globales. Las puntuaciones en las 9 subescalas que conforman estas dimensiones se hallan sumando las puntuaciones en los ítems de una subescala dividido por el número de ítems de tal subescala: es decir, es la media en cada subescala.

Los tres índices globales son el Índice Global de Gravedad de los Síntomas (GSI) que evalúa la intensidad del estrés percibido; el Total de Síntomas Positivos (PST) que evalúa la frecuencia de los síntomas positivos; y el Índice del Estrés de Síntomas Positivos (PSDI), que evalúa de forma combinada la intensidad y la frecuencia de los síntomas.

El SCL-90 R permite describir el desarrollo hostil-paranoide, pero de igual forma no valora los ejes de las causas de lo paranoide, ni de su estabilidad. Sí nos aporta información sobre el grado de afectación personal psicopatológica personal e interpersonal (indicadores globales e indicadores dimensionales) y sobre el grado de ajuste perceptivo-cognitivo encontrado (dimensión de psicoticismo).

### 3.2.3. *Técnicas e instrumentos de evaluación proyectivos*

A diferencia de los inventarios y cuestionarios que hemos señalado, con la utilización de técnicas e instrumentos de evaluación proyectivos se obtiene mucha más información tanto cuantitativa como cualitativa sobre la experiencia de daño psicológico y sobre los determinantes tanto situacionales como personales que intervienen en cada caso, evaluando gran cantidad de variables tanto perceptivas-cognitivas como emocionales del individuo en relación con la situación.

Dentro de las técnicas y tests proyectivos, tenemos por una parte las técnicas de dibujo en las que la persona evaluada se enfrenta a la experiencia de ante una hoja en blanco realizar un dibujo, bien sea libre, bien sea con una determinada instrucción de qué es lo que debe dibujar. Ante esa tarea, la construcción del dibujo como el de una historia sobre él, aportan información a partir de la localización y tamaño del dibujo, la fuerza y tipo de trazo, los contenidos y detalles, la perspectiva, y la forma y el contenido de la elaboración de las historias.

Por otra parte, existen otras técnicas de evaluación que se pueden denominar semiproyectivas, puesto que el individuo debe efectuar una activa labor de construcción y elaboración perceptiva de diferentes estímulos, normalmente visuales. Una de estas técnicas, muy conocida y estudiada, es el Test de Rorschach, que permite a partir de los indicadores de necesidad de cercanía afectiva (presencia de determinantes de textura en la paranoia secundaria), del tipo de procesamiento de la información y de determinantes de estrés situacional, distinguir los efectos paranógenos de la paranoia primaria. Por la mucha y relevante información que aporta la vamos a considerar en un capítulo aparte (v. Cap 7, Psicodiagnóstico diferencial con el test de Rorschach en el acoso psicológico en el trabajo).

En cualquier caso, la información que aportan las técnicas proyectivas en general al diagnóstico diferencial de la paranoia reactiva es la siguiente:

- a) Paranoia reactiva: Indicadores de necesidad de contacto afectivo, tanto en los contenidos de los dibujos e historias (historias con capacidad para establecer vínculos interpersonales apropiados, con un registro de situaciones de pérdida afectiva) con indicadores de daño

psicológico (objetos dañados en las historias) y angustia ante estos contenidos.

- b) Paranoia primaria: Ausencia de indicadores de necesidad de contacto afectivo (contenidos e historias sin vínculos interpersonales apropiados, sin registro alguno de pérdida afectiva, y por el contrario con un registro constante de hipervigilancia paranoide). Las respuestas, dibujos e historias no contienen en absoluto daño psicológico, ni por lo tanto mecanismos de reparación (ej. historias con vínculos de ayuda, o de poner a salvo). Las historias por el contrario son defensivas (descripciones con vigilancia paranoide) o con agresión continua pero sin daño consecuente o antecedente y con gran carga de hostilidad.

#### **4. EL PROBLEMA DE LA VERACIDAD DEL TESTIMONIO**

En el acoso psicológico del trabajo, además de objetivar y valorar el cuadro clínico o síndrome característico (es decir, la sintomatología y la patoplastia y conformación del síndrome) hay una serie de hechos relatados por parte del afectado, relevantes en el psicodiagnóstico clínico pericial, cuya veracidad y/o ajuste a la realidad debe ser valorada desde un punto de vista científico objetivo.

Hay dos puntos básicos a explorar en el testimonio o relato del afectado:

- a) La intención de ser veraz o sinceridad consciente. Es decir, valorar si hay una simulación consciente, aunque puede existir también una distorsión inconsciente en la que intervienen, factores de personalidad como la deseabilidad social u otros factores cognitivo-emocionales más complejos.
- b) Existiendo intención de ser veraz, estudiar el grado de adecuación o ajuste de los procesos emocionales y cognitivo-perceptivos que intervienen en la percepción, integración y manifestación de las experiencias. En este caso hay que objetivar y valorar: (1) el ajuste perceptivo y (2) la distorsión cognitiva ante los contenidos neutros y contenidos emocionales; (3) el nivel de defensividad y de sesgos de respuesta y la responsividad ante los estímulos emocionales en el protocolo de

evaluación; (4) adecuación emocional y características de personalidad o estilos psicológicos con desviación o inadecuación de las respuestas (personalidad disociativa, personalidad histriónica, simulación inconsciente) y; (5) la congruencia interrespuesta en el protocolo de evaluación.

## **5. LA INTENCIONALIDAD DE SER VERAZ: MEDICIÓN**

La intencionalidad consciente de ser veraz está relacionada con dos aspectos que deben evaluarse: uno es la personalidad psicopática y otro es el fingimiento de enfermedad o simulación propiamente dicha.

La personalidad psicopática se caracteriza por una falta de sentimiento de responsabilidad para con sus actos, una falta de conciencia de daño y sufrimiento al crear efectos nocivos sobre los demás y una total falta de culpabilidad asociada. La personalidad psicopática puede constituirse en un trastorno de la personalidad, si se presentan estas características de forma continua y sistemática desde la niñez o en la adolescencia. Se conforma un trastorno en el que prima el principio de «el fin justifica cualquier medio, aunque cause efectos adversos en los demás» y se manipula a la gente para sus fines o simplemente por un acto de diversión sin ningún propósito — mintiendo sobre la realidad perjudicando a terceros y, en los casos más graves, pueden cometerse actos que constituyen violaciones graves de las leyes que ordenan la sociedad y su bienestar —.

El rasgo de personalidad psicopática tiene gran influencia en la veracidad de un testimonio, ya que se miente sobre los hechos ocurridos, distorsionando los mismos o cambiando el sentido o significado de lo ocurrido e implicando a otras personas que nada tienen que ver con tal hecho o situación. Veamos tanto cualitativa como cuantitativamente cómo se ha de evaluar este factor y qué instrumentos podemos emplear:

— Cualitativamente:

- a) Utilizan o bien un lenguaje envolvente y seductor (caen bien, parecen interesantes y creíbles, sobre todo si son inteligentes), o bien un lenguaje desafiante o provocador (Ej. Plantearle pregun-

- tas al evaluador sobre su vida personal, fuera de contexto, en las que hay un intercambio de roles y el entrevistador puede llegar incluso a ser entrevistado).
  - b) En los tests gráficos su trazo es rápido y los contenidos son dispuestos generalmente con perspectiva y con aspecto atrayente, dotados de movimiento, y con historias asociadas sin un sentido temporal y sin causa-efecto, sino son producto de una ideación espontánea sin un control mental aunque con una lógica bien delimitada.
  - c) No tienen necesidad de tratamiento ni hay experiencia de sufrimiento y frustración real. Lo único que experimentan es una especie de hastío o aburrimiento ante la imposibilidad de ejecutar las acciones que desean o se les ocurren. No suelen acudir a consulta voluntariamente, excepto por interés propio, y tienen desinterés o rechazo tanto físico como psicológico a cualquier método que aumente el nivel de percepción interna sobre uno mismo. En el caso de iniciar tratamiento, suelen abandonarlo rápidamente por su falta de interés o porque se saltan las reglas básicas del encuadre psicoterapéutico.
  - d) Pueden por sus características manipuladoras, dar lugar a incongruencias entre los datos cualitativos (amenazante por momentos y, por otros, parecen personas desvalidas que generan un pseudosentimiento de pena, y como empatizan bien —sobre todo, como ya se ha señalado, si su inteligencia es brillante—, captan la ayuda incondicional de los demás).
- Cuantitativamente, hay que tener precaución con los cuestionarios o escalas de personalidad, ya que la personalidad psicopática tiene gran habilidad para dar una imagen distinta de sí mismo, incluso aunque existan escalas de control de sinceridad. De igual forma, en los tests psicofisiológicos, puede haber dificultad para registrar variaciones asociadas con la mentira, puesto que no hay sufrimiento ni estrés ante sus actuaciones. De cualquier forma, existen diferentes instrumentos o técnicas que nos pueden ayudar al diagnóstico de la veracidad del testimonio:
- a) El cuestionario MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) tiene una escala clínica para valorar las característi-

cas relacionadas con el trastorno de personalidad Antisocial (escala Pd, desviación Psicopática). Esta escala en relación con las puntuaciones en otras escalas clínicas y con las escalas de control de la defensividad y de la simulación, pueden darnos información importante sobre la veracidad derivada de las características de personalidad psicopática. Sin embargo, como A. Ávila (1990) señala, «el MMPI es un importante instrumento de valoración y clasificación pero que tiene numerosos inconvenientes. Requiere de una habilidad lectora y cooperación de los pacientes que no se da con frecuencia "provocando una apreciable cantidad de sesgos incontrolados". En España además el MMPI presenta serios inconvenientes por la inadecuación de ciertos ítems y sobre todo de los baremos». Además señala que una utilización con mayores garantías del MMPI español requiere: utilizar principalmente escalas adicionales y escalas depuradas o abreviadas, utilizar baremos más específicos, dar prioridad en la clínica a la utilización de la forma de tarjetas en lugar a la de lápiz y antes de basar una decisión relevante en el MMPI, contrastarla con otras fuentes de datos. Actualmente, para superar todos estos inconvenientes, el MMPI se ha mejorado tanto en su redacción, validez y baremos, en una nueva versión, el MMPI-II, que, sin embargo, no permite obviar las anteriores críticas, ya que pueden existir falsos positivos y negativos, si nos atenemos principalmente a este inventario.

- b) Las técnicas psicofisiológicas, como los registros poligráficos o los registros con modernos equipos de biofeedback, pueden también proporcionar datos sobre las características psicopáticas de un sujeto, sobre todo si el rango de variabilidad del registro es muy bajo en diferentes situaciones con un nivel de estrés supuestamente menor (al referirles sobre los hechos acaecidos no muestran variaciones del nivel de estrés).
- c) Las técnicas proyectivas son muy útiles porque no son fáciles de manipular, ya que el sujeto desconoce la intencionalidad y los mecanismos de control de la tarea. Aunque específicamente, no hay ningún indicador directo de psicopatía, sí se puede inferir por determinados indicadores. En el Test de Rorschach (aunque será considerado con más profundidad en otro capítulo) hay 4 aspectos, al menos, a tener en cuenta:

1. Indicadores incompatibles con el maltrato psicológico en el trabajo, como son las ausencias de estrés situacional (no hay respuestas de movimiento inanimado y de sombreado difuso) y de introspección (perspectiva) excesiva con o sin tintes desvalorizantes.
2. Ausencia de textura ( $T=0$ ), que implica una falta de necesidad de contacto emocional.
3. Exceso de contenidos mórbidos ( $MOR>2$ ) y de indicadores de estrés situacional ( $m>2$  y/o  $Y>2$ ) y de introspección con o sin desvalorización, incongruentes con características de personalidad psicopáticas de falta de sufrimiento, detectadas en la exploración.
4. Presencia de movimientos agresivos.

## **6. EL FINGIMIENTO DE ENFERMEDAD O SIMULACIÓN CONSCIENTE**

Existe otro factor que intencionalmente afecta a la veracidad del testimonio y es el fingimiento de la enfermedad o la simulación, independiente de si existe o no una personalidad psicopática o un trastorno antisocial de la personalidad. En este caso, se simulan síntomas, el sufrimiento o una determinada personalidad normalmente con unos fines económicos o para alcanzar un determinado estatus o poder en un grupo o en una organización. También existen variantes dentro de la simulación (López García-Silva y González de Rivera, 2003) como la sobresimulación o amplificación de un cuadro clínico ya existente, lo que resulta más fácil de simular; o como la metasimulación, la simulación de sintomatología de un cuadro ya resuelto con anterioridad. De forma inversa, puede haber la disimulación de una patología existente, pretendiendo dar la imagen de que no existe o de que ha mejorado, para obtener algún beneficio económico o de estatus o para hacer algún tipo de gestión (algo que, por cierto, se puede producir también de manera inconsciente defensiva, como en las defensas hipomaníacas o contrafóbicas). En los casos de supuesto acoso psicológico en el trabajo, hay que tener en cuenta básicamente lo siguiente:

- a) La simulación de estar afectado por acoso laboral, con el fin de eliminar a un rival o compañero en la organización que generalmente

ocupa un puesto de mayor rango o responsabilidad, y así ganar mayor estatus en la empresa.

- b) La simulación para obtener una indemnización económica, sobre todo cuando hay demandas judiciales abiertas, por la posibilidad abierta de lograr indemnizaciones por daños morales y a la salud, o simplemente por la indemnización por extinción de contrato solicitada por el trabajador o por despido por parte de la empresa.

Para valorar estas dos posibilidades, además de comprobar en el discurso y en los hechos documentados si son posibles estas dos posibilidades, en la pericia diagnóstica se pueden utilizar los siguientes criterios diferenciales:

- a) Como primer paso, se suele producir una incoherencia, al plantearles la posibilidad y necesidad de tratamiento: dicen estar padeciendo una situación terrorífica de acoso en el trabajo que no les deja vivir, pero dicen no necesitar tratamiento —o no lo siguen—, ya que «estoy bien». Sin embargo, este hecho no implica necesariamente una simulación, ya que puede producirse por otros motivos. Primero, porque el dolor de una experiencia traumática puede llevar a un mecanismo de compensación por el que quieren superarse y demostrar a los demás que están bien; y, segundo, porque el daño en ocasiones se proyecta hacia los demás, en lugar de aceptarlo y tratarlo apropiadamente (como dicen literalmente y con rabia, «a los que hay que tratar es a los acosadores y no a los acosados»). Esto es bastante frecuente y es como si a una persona que la atropellan, en lugar de preocuparse de curar y tratar sus heridas, en ese momento está preocupado por atrapar al conductor y denunciarlo y castigarlo y/o tratarlo). También es posible que esta incoherencia se plantee en personalidades histeriformes, que de una forma inconsciente —no hay simulación consciente en este caso, como veremos más adelante en detalle— se sienten el centro de las situaciones y por su carácter demandante les parece que no se ha sido justo con ellos, siendo inconscientes sobre problemas en ellos mismos por su falta de autoconocimiento, rechazando cualquier tratamiento que se les proponga.
- b) Como ya se ha dicho anteriormente, en los simuladores si valoramos una exploración que incluya una entrevista minuciosa, pruebas subje-

- tivas como inventarios, pruebas proyectivas e incluso pruebas objetivas, siempre se encontrarán una serie de discrepancias entre indicadores que no encajan dentro de un marco de congruencia, sino dentro de un marco de simulación (ejemplos: indicadores de estrés en inventarios muy elevados y sin embargo, ausencia de indicadores de estrés situacional en pruebas proyectivas o en pruebas psicofisiológicas; o indicadores en tests proyectivos de daño psicológico en contradicción con otros tests proyectivos y con el aspecto o cuidado físico).
- c) Más específicamente se puede utilizar otras herramientas que se basan en los análisis de contenidos de las declaraciones o historia del acoso (Alonso-Quecuty, 1992). La investigación muestra que las declaraciones o relatos basados en realidad contienen más detalles, más información contextual en el espacio y en el tiempo que sucedieron los hechos) y más información sensorial (colores, olores), mientras que la información imaginada hace referencia no tanto a estos elementos, sino a una experiencia interna en la que se potencian las creencias y opiniones. Además, el simulador tiende a describir todo sobre un esquema en el que normalmente no hay cabida ni a lapsus, ni a bloqueos en el relato asociados a la manifestación espontánea de emociones, ni a lagunas producto de la disociación mental que aparta de la conciencia las experiencias dolorosas.

Todos estos aspectos en el caso del acoso psicológico en el trabajo deben ser, sin embargo, matizados por el estilo cognitivo-emocional (estilos más intelectualizadores o más emocionales; estilos más dependientes o independientes de campo) y por el propio impacto diferencial de las múltiples huellas traumáticas del acoso, que interfieren en el funcionamiento cognitivo de las personas acosadas. Así ciertas personas pierden el hilo del discurso o distorsionan las percepciones o elaboraciones mentales (desajustes perceptivos y cognitivos ligados a la experiencia de hostilidad). Como señala González de Rivera (2002) entran en un discurso monotemático sin orden y precisión sobre lo que están sufriendo, con rabia, fruto de la presión de pensamiento de pensamiento que se produce sobre los hechos acaecidos.

- d) Otro indicador, que se debe observar mejor en un contexto incidental que en un contexto experimental invasivo (registro poligráfico, por ejemplo), es el desencadenamiento frecuente de la respuesta emocio-

nal con presencia de llanto y activación psicofisiológica simpática (respuestas de ansiedad y estrés como opresión en el pecho, ahogos o incluso con somatizaciones neuromusculares) al describir los hechos acaecidos en el trabajo, en personas verdaderamente acosadas (el porcentaje de personas que han llorado en la exploración en la descripción de los hechos es muy alta, incluso en personalidades con tendencia a la intelectualización). Este hecho en los simuladores o fingidores difícilmente se produce de forma espontánea o congruente con el resto de la exploración. Sin embargo, en un contexto más experimental o controlado como lo proporciona el registro poligráfico, los datos pueden ser más susceptibles de errores, por la interacción entre la intencionalidad de la tarea y las características psicológicas de personalidad y reactividad psicofisiológica del individuo (falsos positivos y falsos negativos).

- e) Específicamente, en las técnicas de psicodiagnóstico para detectar la simulación, nos pueden ayudar las escalas de control del MMPI en la que hay una escala específicamente de mentiras o escalas de sinceridad de tests de personalidad como el 16PF. En tests proyectivos como el test de Rorschach, es útil un análisis de incongruencias de las respuestas y determinantes encontrados y, por supuesto, la ausencia de determinados marcadores del acoso psicológico en el trabajo (indicadores de estrés situacional y de introspección intensa con y sin desvalorización) que en un principio, por la complejidad de la prueba y por el desconocimiento de intención de la prueba o de los mecanismos de control de las respuestas, son más difíciles de simular.
- f) También, ciertas pruebas psicobiológicas como el test de supresión de cortisol con dosis ultrabajas de dexametasona, pueden descartar la simulación, aunque no pueden confirmar la misma —la hipersupresión es un marcador específico de los trastornos o síndromes de estrés postraumático (Barton, March y Wittert, 2002).

## **7. LA DISTORSIÓN INCONSCIENTE**

La simulación, por definición, es consciente con una clara recompensa externa, pero existe una variada casuística alrededor del APT en los que no hay una ganancia externa —no se consigue una ganancia económica o una

ganancia de estatus en la empresa— y se presenta sin embargo una sintomatología psicológica e incluso somática muy relevante. Aparece así una variada casuística de cuadros clínicos que se pueden agrupar en *trastornos facticios*, *trastornos histeriformes* y *disociativos*, *trastornos de personalidad con características narcisistas y/o histriónicas* y *neurosis de renta*. En todos ellos hay una distorsión inconsciente de unos hechos reales que puede llevar al profesional a la confusión con un cuadro de simulación, cuando no lo es.

*El trastorno facticio*, o *síndrome de Münchhausen*, consiste en el fingimiento de determinados síntomas o signos psicológicos y somáticos, sin que exista más motivación que la de asumir el rol de enfermo, descartándose cualquier incentivo económico, de mejora de estatus o de evitación de responsabilidades legales. En su historia aparecen frecuentes visitas a diferentes profesionales sanitarios con los que entran en conflictos continuos, con múltiples hospitalizaciones y consultas y abuso de medicación.

Dentro de los *trastornos histeriformes* y *disociativos*, se presentan determinados casos en los que generalmente concurren traumas psíquicos o físicos en su historia personal que están total o parcialmente disociados en el aparato mental, generándose un estilo demandante en las relaciones interpersonales con una necesidad de valoración, que puede llegar a un afán de notoriedad, a veces rozando el histrionismo. En estos casos, acuden a la consulta —muchas veces con una apariencia llamativa bien en la ropa, bien en la marcha o en los cuidados físicos— manifestando de forma muy elocuente el gran maltrato que se les ha infligido en el trabajo y el sufrimiento psíquico que tienen por ello. Demandan al profesional que actúe emitiendo un informe para sí poder enfrentarse a los supuestos maltratadores y hacer así justicia. Los problemas surgen cuando el profesional, les invita a tratarse de sus padecimientos y/o emite un informe que no sea de su agrado, por ejemplo que se centre en el cuadro sintomático y de estructura de su personalidad, sin entrar en valoraciones contra el «acosador» o los «acosadores». Entonces, se retiran del tratamiento o lo condicionan a un informe que les satisfaga. En muchos casos, se presenta un rasgo narcisista secundariamente, que dificulta totalmente el establecimiento de un vínculo terapéutico. En otros casos, pueden presentarse cuadros mixtos entre la simulación y la conversión como el *Síndrome de Ganser*, en la que aparecen estas características histeriformes con una necesidad de notoriedad comenzando con un cuadro de simulación o fingimiento más o menos consciente de síntomas que al prolongarse en el tiempo, termina por convertirse en un auténtico trastorno

mental (López García-Silva y González de Rivera, 2003). Es como si se llegase a un estado de confusión a partir del fingimiento de unos síntomas que termina por convertirse en algo realmente patológico sobre lo que no se tiene control.

En los *trastornos de personalidad narcisistas y/o histriónicos*, bien con un excesivo autocentramiento que les lleva a una posición de rigidez cognitiva con una necesidad e ideación relacionada con la grandiosidad y certeza de su única postura racional sobre el conflicto que vive, bien con una necesidad de notoriedad o de sobresalir con una teatralidad comportamental, bien con ambos, pueden generar determinados síntomas fingiendo ser víctimas o distorsionando la realidad con juicios autocentrados en uno mismo sin tomar en cuenta otros aspectos o puntos de vista. En estos casos se hace especialmente importante el valorar la distorsión de percepción y de la cognición, así como los sesgos defensivos, la deseabilidad social y la adecuación emocional.

Por último, las *neurosis de renta*, aunque llevan asociada una ganancia, a diferencia de la simulación pura en la que se hace el fingimiento de forma totalmente consciente, en este caso el paciente tienen un convencimiento claro de la adecuación y justicia de sus demandas. En algunos casos, relacionado con situaciones de conflicto laboral, puede generarse una querulancia totalmente desproporcionada a los acontecimientos vividos, buscando de manera persistente un resarcimiento tanto económico como punitivo por vías judiciales. La aceptación de tratamiento y el establecimiento de una alianza terapéutica suelen estar supeditados a la cooperación del profesional en sus demandas laborales-judiciales, que realmente están vinculadas más con necesidades personales internas insatisfechas bastante estables en el tiempo que con la situación laboral vivida, carente de elementos relevantes de acoso. En ocasiones, la neurosis de renta puede estar en relación con rasgos narcisistas y/o histéricos de personalidad, predisponentes para el desarrollo del cuadro.

En el APT, a partir de una experiencia de acoso real —o con unos hechos puntuales de abuso de poder en el trabajo—, la persona puede desarrollar un cuadro de victimización, en la que se siente maltratado con apremiante necesidad de valoración relacionada con un mecanismo de compensación (y/o con un rasgo) narcisista. Se desarrolla un excesivo autocentramiento personal, sin que pueda tener diferentes perspectivas sobre su situación de acoso, bloqueándosele las puertas de una solución apropiada al problema y complicándola cada vez más. Así, se conforma un cuadro mixto en el que es

reforzante el papel de víctima maltratada —dado que no pueden alcanzar una posición mejor—, con una reacción narcisista que bloquea la búsqueda de ayuda terapéutica ya que de una forma rígida su pensamiento se sitúa en que la culpa de todo está en el maltratador o acosador, y que sólo ahí está la solución y reparación del daño sufrido. Este caso tipo bastante frecuente en el acoso psicológico en el trabajo, muestra como una experiencia de acoso real en interacción con determinados rasgos de personalidad, puede derivar en un cuadro crónico que aunque constituye un desarrollo del síndrome de estrés original, toma casi una entidad clínica propia asemejándose más a una patología de la personalidad.

Analicemos qué indicadores hay en las pruebas de evaluación psicológica para la diferenciación de estos casos con respecto a los síndromes de acoso, en general y particularizando en los cuadros clínicos señalados.

Hay una serie de pilares fundamentales a evaluar para el diagnóstico diferencial del APT con otros cuadros de distorsión inconsciente: *el ajuste perceptivo, la distorsión cognitiva, la defensividad y los sesgos y/o los estilos de respuesta, la adecuación emocional y la congruencia interrespuesta*. Secundariamente, se pueden también señalar dos factores más relevantes para el diagnóstico diferencial dentro de la distorsión inconsciente, como son *el registro de la pérdida afectiva y la necesidad de ayuda terapéutica*.

## **7.1. Ajuste perceptivo**

El ajuste perceptivo se refiere al grado de adecuación de la percepción a la realidad, que oscila desde una percepción muy convencional ajustada rígidamente a la forma, hasta una percepción muy original con un alto grado de distorsión con respecto a los límites formales. El ajuste perceptivo, se valora ante situaciones con un contenido neutro que no evoque emociones significativas o ante situaciones con contenido emocional.

Los tests proyectivos con tareas perceptivas son los más adecuados para su evaluación, desde los más globales que incluyen la valoración completa de la personalidad en interrelación con la percepción y la cognición como el Test de Rorschach hasta tests evaluadores de los vínculos y relaciones interpersonales como los Tests de Apercepción Temática. Los tests más específicos de tipo neuropsicológico como el Test de Retención visual de Benton, el test giestáltico visomotor de Bender o el Test de la Figura de Rey, son útiles si hay

indicios de organicidad, aunque en algunos casos alteraciones en la función visomotora pueden revelar un retraso madurativo (Bender, 1970) o desviaciones en la personalidad con fenómenos de regresión a funcionamientos mentales más indiferenciados.

## 7.2. La distorsión cognitiva

Se refiere a la manera en que un percepto es elaborado por el aparato mental, de forma que pueda ser elaborado, comprendido y utilizado para producir acciones adaptativas. La elaboración de lo percibido puede estar repleta de fantasías predominantemente inconscientes y mediatizada por necesidades insatisfechas o por elementos situacionales estresantes, ambos con mayor o menor grado de estabilidad en el tiempo; o por el contrario, puede estar predominantemente libre de fantasías, necesidades insatisfechas y elementos estresantes situacionales. En el primer caso, lo percibido será elaborado con una gran distorsión o deformación, desajustándose la comprensión de lo ocurrido y emprendiendo acciones inadecuadas o desproporcionadas ante la realidad, mientras que en el segundo caso la deformación será mínima pudiéndose establecer una acción adecuada y proporcionada a la realidad.

Como ejemplo práctico, en el APT nos podemos encontrar casos en los que puede coexistir con anterioridad a la situación de acoso una dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales, con pocas habilidades sociales y por lo tanto con una pobreza en sus relaciones interpersonales. Este aspecto tiene una cierta estabilidad, no es reactivo a la situación de acoso y puede condicionar la elaboración de los hechos acontecidos, sesgándolos con interpretaciones desproporcionadas o inadecuadas (ante una experiencia de acoso, dice por ejemplo que «**todos**, sin excepción alguna, participan de una campaña de acoso contra su persona y **todos** hacen circular determinados rumores infundados sobre él»). Estas interpretaciones si cabe agravan más la situación, ya que le van apartando todavía más de la gente que en principio es neutral o incluso favorable a sus intereses.

Este tipo de distorsión cognitiva debida a factores emocionales dinámicos es la más frecuente, pero hay otras distorsiones del procesamiento o elaboración de lo percibido causadas bien por desajustes estructurales de personalidad (trastornos de la personalidad narcisista, trastorno de la personali-

dad paranoide y trastorno de la personalidad histriónica), o bien por desajustes cognitivos neuropsicológicos o del desarrollo (trastornos por déficit atencional o por hiperactividad, o bien trastornos neuropsicológicos diversos que pueden tener o no alteraciones previas en el desarrollo).

La distorsión cognitiva producida por factores emocionales invasivos y desajustantes es evaluable principalmente por tests proyectivos o semiprojectivos, así como con ciertos tests objetivos específicos para valorar procesos de atención selectiva, como el Test de los colores de Stroop (1935). Los tests neuropsicológicos y tests cognitivos atencionales son útiles para valorar la distorsión producida prioritariamente por causas neuropsicológicas o neurocognitivas y por déficits en el desarrollo.

### **7.3. Defensividad, sesgos y estilos de respuesta**

En muchos de los casos de APT y de distorsión inconsciente hay componentes defensivos en las respuestas a los diferentes tests psicodiagnósticos. Las defensas en el APT son mecanismos inconscientes psicológicos que tienen la finalidad de reducir o evitar el impacto de emociones dolorosas o dañinas que le están invadiendo constantemente. De esta forma aparecen mecanismos de defensa tales como la intelectualización, las descripciones propias de estilos obsesivos o de estilos evitativos de afrontamiento al estrés. Estos mecanismos pueden ser sólo focalizados ante determinadas temáticas o frecuentemente ante cualquier contenido emocional, cuando hay un estilo cognitivo-emocional ya constituido con anterioridad.

En otros cuadros diferentes de los derivados de APT, la defensividad se suele manifestar por la elevada deseabilidad social positiva en unos aspectos de su personalidad y funcionamiento mental (normalmente la capacidad de juicio y ajuste de su personalidad) mientras que en otros hay un fingimiento en mayor o menor grado inconsciente del dolor y daño (expresiones emocionales desproporcionadas de dolor, teatralidad, y aumento de quejas somáticas). De esta forma el protocolo de evaluación resultante es como «perfecto», aunque con esa incongruencia fruto del exceso de ajuste.

Así mismo, en todos los casos, debe tenerse en cuenta que algunas personas tienden a aumentar sus respuestas tanto en frecuencia como en intensidad, otras tienden a reducir las y otras a ser extremistas. Las respuestas pueden ser aumentadas, reducidas o bloqueadas, dependiendo de la inten-

sidad de la estimulación —paradigma de los aumentadores y reductores— (Kissin, 1988).

Diferentes inventarios de personalidad pueden valorar estos aspectos mediante escalas de sinceridad y de defensividad (como ya se ha visto en el MMPI, extensible a muchos inventarios o escalas de personalidad). Los tests proyectivos, por su parte, son magníficos instrumentos para la valoración de la dinámica de los aspectos cognitivos y emocionales en las defensas psicológicas. Tienen, como ya se ha señalado, la ventaja de que la persona no puede controlar los mecanismos automáticos inconscientes de respuesta que se ponen en marcha, detectándose y diferenciándose de forma eficaz estilos de personalidad, defensas e incongruencias propias del fingimiento, distorsión o de la deseabilidad social.

#### 7.4. La adecuación emocional

Se refiere al grado de modulación apropiada de las respuestas emocionales. Las respuestas emocionales pueden ser en un extremo descargas emocionales generalmente bruscas (*acting-out*) y desproporcionadas y continuas sin regulación proactiva alguna para la situación (por ejemplo, un adulto reacciona ante un desprecio de un compañero en el trabajo, recriminándole a gritos lo que ha hecho e insultándole). En el extremo opuesto, pueden ser manifestaciones emocionales espontáneas pero con mesura, apropiadas y reguladas continuamente ante la situación (por ejemplo, ante el desprecio, manifiesta el descontento y el asombro, con el gesto y la palabra, para después pedir explicaciones y ante la respuesta del otro continúa el proceso interactivo regulando la respuesta de manera proactiva).

La adecuación emocional es particular para cada situación y, por lo tanto se pueden considerar múltiples posibilidades de adecuación según el caso. Sin embargo, del estudio de las mismas, se pueden inferir estilos de respuesta emocional, condicionados interactivamente, en mayor o menor medida, por cada situación particular. El test de Rorschach es un instrumento muy valioso para su evaluación ya que contempla diferentes tipos de emociones tanto constructivas como destructivas que están interviniendo en el funcionamiento psicológico, separando y diferenciando lo que es estilístico de lo que es situacional. Así mismo, es fundamental la entrevista como fuente de datos cualitativos sobre la información no verbal (comunicación no verbal, aspec-

to físico-motor-postural, vestimenta, etc.) muy útil para contrastarla con lo que manifiesta, y formular así hipótesis operativas sobre su ajuste y credibilidad emocional.

En la psicopatía, la adecuación emocional puede parecer perfecta en algunos casos, por el buen contacto primero que establecen, aunque la característica de provocación o de exceso de «bondad» muestra un desajuste en los límites apropiados de distancia emocional que, sino al principio, aparece con posterioridad. En la simulación, la adecuación emocional en un análisis superficial puede parecer perfecta según lo que se quiera conseguir, aunque se suelen presentar detectar incongruencias o fallos que no encajan. En los diferentes cuadros con distorsión inconsciente señalados, suelen presentarse diferentes inadecuaciones emocionales, sobre todo en lo que respecta a los cuadros con alteraciones de la personalidad. En el APT, de forma diferencial en un subgrupo importante, se producen inadecuaciones emocionales en la regulación de la hostilidad y la necesidad de cercanía emocional, en interacción mutua con el bloqueo de emociones y un narcisismo en mayor o menor grado reactivo a la situación, que les dificulta el pedir y aceptar ayuda psicoterapéutica, importante para la resolución de su crisis.

## **7.5. La congruencia interrespuesta**

La congruencia interrespuesta, aunque informa de sesgos defensivos o de fingimiento, nos indica en su interpretación más pura:

- a) Qué variable es una persona en situaciones semejantes por medios diferentes (ante los mismos contenidos en diferentes tests) y a través del tiempo (diferentes momentos temporales).
- b) Qué variable es una persona ante diferentes situaciones (estímulos, contenidos) en una misma prueba, a través de diferentes pruebas y a lo largo del tiempo.

En la distorsión inconsciente y en general, en cualquier tipo de fingimiento y distorsión alrededor de un síndrome de acoso psicológico, la congruencia interrespuesta es baja, con datos que no encajan dentro del protocolo (como ya se ha dicho, obsérvese la paradoja de la manifestación de quejas

somáticas y de sintomatología ansioso-depresiva con la negación o condicionamiento del tratamiento a la emisión de un informe «positivo» para iniciar demandas judiciales), con datos contradictorios en los tests psicodiagnósticos. En los casos con un síndrome de acoso psicológico real existe una congruencia interrespuesta a través de diferentes situaciones con estímulos de parecido significado, mientras que sí puede haber variabilidad (aunque depende de la presencia o no de estilos de respuesta o de personalidad) a través de diferentes situaciones con distinto contenido emocional.

## **7.6. El registro de la pérdida afectiva**

El registro de la pérdida afectiva se refiere a la vivencia psicológica que experimenta la persona ante una pérdida relevante tanto de relación (abandono, desprecio, ruptura de pareja), como de estatus (posición o valoración en un grupo de referencia). Dicha vivencia normalmente implica una reacción de duelo adaptativa que puede seguir unas fases más o menos definidas: negación, rabia, fase depresiva y fase de elaboración del duelo (recuerdo de lo positivo con reelaboración de nuevos planes y objetivos). En el APT, la persona reacciona normalmente con una sensación en la que no se cree que le está pasando esto (como menciona González de Rivera «no se lo puede creer») y posteriormente, cuando la situación está consumada, reacciona con rabia e irritación. A continuación, en la fase depresiva propiamente, registra emocionalmente la pérdida, con una añoranza del pasado, de lo que ha tenido, de lo que le gustaría tener, de lo que le pasaba, de lo que le gustaría que pasara, con una necesidad aumentada de cercanía afectiva que contenga este daño (se busca consuelo y apoyo con otros «objetos», normalmente personas). A medida que la situación se va superando (fase elaboración del duelo) y la persona se remotiva y reorienta su vida laboral y personal, el impacto emocional de la situación va disminuyendo y la vida vuelve a ser normal, instaurándose de nuevo una necesidad de contacto afectivo normal, adecuado para el contacto interpersonal convencional, es decir, no sujeto a condiciones habituales sin pérdidas afectivas traumáticas.

El registro de la pérdida afectiva, en su componente de necesidad de contacto afectivo aumentado, es un elemento fundamental para establecer un contacto terapéutico importante y está presente en una gran parte de las personas con APT. En paranoias primarias o estructurales, dicho registro está

ausente, y en los casos de fingimiento y de distorsión inconsciente, mayoritariamente el registro de la pérdida afectiva es normal, es decir, no hay aumento de la necesidad de cercanía afectiva. La excepción puede presentarse en los trastornos de la personalidad antisocial o psicopática, con su ausencia.

El registro de la pérdida afectiva es detectable y cuantificable sobre todo a partir de tests proyectivos. El test de Rorschach, a través de los indicadores de textura, nos señala el grado de necesidad de cercanía emocional de un individuo en un momento temporal, siendo — como veremos en capítulo posterior específico — muy sensible a las pérdidas afectivas (aumento de respuestas con textura).

## **7.7. La necesidad de tratamiento**

En el APT predomina el registro de pérdida afectiva, pero sin embargo, es frecuente la negación activa (oponerse explícitamente y a veces hostilmente al tratamiento, considerándolo ofensivo y desvalorizante y el colmo de la situación dañina) y/o pasiva (no se pide ayuda manifiesta o se considera la ayuda innecesaria o secundaria, a pesar de la evidencia de daño y sintomatología intensa presente) de necesidad de tratamiento. En la percepción de necesidad de tratamiento intervienen numerosos factores tanto situacionales (presencia de apoyo afectivo familiar y social, tipo e intensidad de la situación traumática vivida), pero el factor más relevante es el personal, en particular el referido al grado de autocentramiento narcisista.

El autocentramiento narcisista se refiere al grado de rigidez perceptiva-cognitiva y emocional para el cambio de puntos de vista personales a puntos de vista ajenos, poniéndose en perspectivas o interpretaciones diferentes de una misma realidad. En la clínica, se constata que aun registrándose pérdida afectiva con incremento de necesidad afectiva, el autocentramiento narcisista pronostica un fracaso en el establecimiento del compromiso terapéutico y en la previa percepción de necesidad de tratamiento.

Los tests proyectivos son útiles para cuantificar el autocentramiento narcisista. El test de Rorschach, a través de los indicadores de autoimagen como las respuestas con reflejos, proporciona un predictor de fracaso o dificultad psicoterapéutica, algo por otra parte intuible en la entrevista a través del lenguaje autorreferencial monotemático en el que las acciones de los demás no

son integradas adecuadamente en la realidad bien porque son parcializadas (no se perciben aspectos claves de la realidad para la interpretación), bien porque son distorsionadas (el daño produce una distorsión o negación de la realidad). Sin embargo, hay que diferenciar un autocentramiento narcisista reactivo o secundario, más reversible que el autocentramiento narcisista primario o estructural — más «asituacional»—. El compromiso terapéutico en el primer caso parece tener más probabilidades de éxito, dado el condicionante situacional de gran relevancia, que en el segundo caso, más estructural. El narcisismo más estructural se presenta en trastornos de la personalidad, en cuadros histeriformes e histriónicos, y en general más en el fingimiento inconsciente más que en el consciente, siendo escasamente probable en los trastornos psicopáticos o en la simulación.

El análisis conjunto del registro de la pérdida afectiva y de la necesidad de tratamiento permite identificar en el APT y, en general en cualquier cuadro, cuatro tipos de casos:

a) *Casos en los que hay registro de pérdida afectiva y hay necesidad de tratamiento.*

Son los casos con mejor pronóstico, puesto que buscan una orientación y tienen necesidad para establecer vínculos afectivos.

b) *Casos en los que hay registro de pérdida afectiva, pero no hay necesidad de tratamiento.*

En este grupo nos encontramos a personas que necesitan vincularse afectivamente y, por ello, son afables en el trato, y el terapeuta tiene buen contacto con ellos. Sin embargo, por decirlo de alguna forma, son analfabetos cognitivamente para el manejo de sus conflictos, y se cierran en sí mismos y en sus interpretaciones sobre las situaciones, negándose a (o mejor, no dándose cuenta en absoluto de) la posibilidad de ser ayudados por otras alternativas. Otra causa por la que no demandan tratamiento es la hostilidad situacional presente, que les hace rechazar la ayuda, porque el que tengan que ser ayudados cuando se les ha hecho daño, les causa más dolor.

*c) Casos sin registro de pérdida afectiva y con necesidad de tratamiento.*

En este grupo nos encontramos con determinados casos en los que no se establecen vínculos de necesidad de cercanía emocional, a veces generados, por situaciones traumáticas agudas e intensas ajenas al motivo de consulta, pero sí hay una gran demanda de tratamiento, como para que se reconozca por los demás la gravedad de la supuesta situación y por otra parte, así sentir uno mismo que su justificación a veces delirante es correcta, lo cual les disminuye la angustia. En este grupo se incluyen trastornos delirantes, en los que están preservadas las funciones intelectuales de capacidad de juicio y razonamiento en otros ámbitos ajenos al delirio, que les produce la vivencia de que han sido dañados o maltratados.

*d) Casos sin registro de pérdida afectiva y sin necesidad de tratamiento.*

En este grupo, primero hay que descartar casos en el que el protocolo pueda estar inhibido o muy simplificado, en una forma para evitar el sufrimiento; es decir, personas que la mera posibilidad de establecer un vínculo afectivo les produce pánico por el daño padecido y perciben que el tratamiento les puede poner en contacto con el conocimiento de sí mismos y de su realidad. Esto les produce tanto dolor, que se cierran en sí mismos, al sentirse invadidos o agredidos ante cualquier comentario (obviamente con mucha delicadeza) que pueda evidenciar explícita o implícitamente su forma defensiva de actuar. Son pacientes muy resistentes al tratamiento, pero que a veces acuden a consulta y se intentan tratar, aunque sin éxito al principio, por su componente reactivo, ante la pérdida afectiva que realmente existe y ante el daño que se empieza a percibir con los métodos psicoterapéuticos.

Los restantes casos, suelen estar en relación con trastornos paranoides más estructurales que reactivos a las situaciones de supuesto acoso, e incluirían principalmente a trastornos de la personalidad paranoide.

Esta casuística está por supuesto sujeta a la modulación de muchas otras variables, como la hostilidad, la defensividad, los estilos cognitivos, el ajuste perceptivo, la distorsión y simplificación cognitiva, los afectos depresivos y el control emocional.

## 8. TIPOLOGÍA DE CASOS EN APT

En el análisis del APT, aunque la situación de acoso pueda ser semejante y existen marcadores muy constantes (como la textura y/o la hipervigilancia paranoide reactiva), las formas de expresión pueden ser muy distintas. Desde la práctica y análisis de los protocolos pueden señalarse una serie de protocolos tipo:

1. Protocolos defensivos e intelectualizadores. Asociado a la paranoia reactiva, dando la impresión exterior de una querulancia manifiesta que puede confundir o de un gran control emocional, estos casos se caracterizan por:
  - a) Defensas obsesivas, en las que se intenta controlar las situaciones, repitiendo una y otra vez la operación mental intentando que no se les escape nada de la situación estresante en la que se vive (se analiza escrupulosamente los documentos, con puntos y comas, los testimonios, se hace gran acopio de información, papeles, con el consiguiente agotamiento de energías). En los protocolos los dibujos tienen mecanismos de repaso y suele haber un estilo descriptivo con pretensiones explicativas. Necesidad de tenerlo todo controlado en su vida.
  - b) Defensas de intelectualización. Se intenta no ser invadido por las emociones haciendo un esfuerzo de intelectualización. Toda la experiencia se racionaliza o se intelectualiza, con una constricción afectiva importante (no expresa habitualmente las emociones ante las situaciones), para así evitar el dolor procedente de las emociones. Los protocolos tienen una productividad normal, pero están coartados en la riqueza de la expresión afectiva (mucho ajuste y apego exclusivo a las características formales en el proceso perceptivo).
  - c) Defensas fóbicas. Intentos primitivos de no entrar en contacto con lo emocional, escapando o evitando las situaciones. Protocolos caracterizados por dibujos rápidos, esquemáticos, con lenguaje descriptivo.
  - d) Hostilidad no percibida o bloqueada en su expresión.
  - e) Excelente ajuste perceptivo y gran intento de control en el proceso cognitivo, fallando sin embargo en la exploración eficaz

del campo estimular (pierden detalles importantes de la situación).

- f) El excesivo control emocional les puede llevar a descargas afectivas desadaptativas o poco moduladas con respecto a los demás en momentos puntuales (perder los estribos en una situación) o a descompensaciones psicosomáticas.
2. Protocolos con necesidad de contacto emocional aumentado. Se caracterizan por una buena empatía con el entrevistador, exceso de respuestas de Textura en el test de Rorschach (2 o más) que se relacionan con la dependencia afectiva y/o con la pérdida de estatus en el trabajo. Paradójicamente, en una parte de este grupo, puede haber un intento de compensación de la dependencia, con un inicio de actividades aparentemente autónomo y activo (exceso de actividades en su vida cotidiana, tests proyectivos a veces con predominancia de movimiento activo en relación con el pasivo). Esta dependencia se puede denominar activa, en contraste con la dependencia pasiva en la que la actividad cognitiva se inicia a partir de la actividad cognitiva de otro.
  3. Protocolos con daño depresivo. Lo más característico además de la sintomatología depresiva (y también ansiosa, secundariamente), es la disminución de la autoestima, el daño a su autoimagen e integridad psicológica vinculada a estresores situacionales y la actividad introspectiva excesiva, tanto con o sin desvalorización, y la percepción de hostilidad generalmente. Puede haber aumento de textura, pero en este caso, la dependencia que se genera es pasiva, percibiendo la necesidad de ayuda terapéutica.
  4. Protocolos con perfil hostil-paranoide manifiesto. Dificiles de ser explorados y tratados, puesto que acuden a la consulta de forma forzada, para intentar resarcir el daño que se les ha causado a través de la ley y el informe pericial asociado. Perfil ansioso y con estrés traumático asociado a la ideación más que la emoción (presencia de respuestas de movimiento inanimado en el Test de Rorschach), con una clara presión focalizada del pensamiento y rumiaciones obsesivas persistentes sobre la situación vivida característica de una paranoia reactiva. En algunos casos la situación se puede complicar si existen rasgos de personalidad narcisista o experiencias previas de

daño, que pueden llevarle a repeticiones inadecuadas e inflexibles en la resolución de su situación. Tienen un contacto con el evaluador oscilante, desde el compromiso ciego si perciben que se les va a ayudar a nivel legal, hasta la defensividad y desconfianza de todo, si se plantea la necesidad de su tratamiento y/o optimización de sus recursos actuales. En el protocolo hay respuestas proyectivas que muestran agresión, hostilidad y daño, con incremento de las respuestas activas. Pueden presentarse casos, bien con un estilo de procesamiento y de contacto paranoide, bien con una ausencia (aparente, ya que hay más respuestas de sombreado en los protocolos ) de textura, pero no con ambos.

5. Un grupo más escaso, pero igualmente relevante, es en el que se produce una desestructuración psicológica, con alteraciones significativas del pensamiento y de la percepción, asociadas a situaciones de estrés (en el Test de Rorschach, respuestas con movimiento inanimado o con sombreado difuso) y a la hostilidad manifiesta en tests proyectivos. En este caso hay una paranoia reactiva dentro de un cuadro con una descompensación psicótica, ante la situación. En estos casos es importante el analizar cuándo o ante qué se producen los sesgos perceptivos y cognitivos. Lo que se observa es que estos sesgos nunca se producen en situaciones neutras, no suscitadoras de hostilidad y estrés, lo que prueba el poder devastador de las experiencias de acoso en cuadros con un aspecto más psicótico. Ciertamente, existe en estos caso una vulnerabilidad al estrés mayor que lo que es habitual y una falta de recursos personales, pero lo que se constata es el poder decisivo desestructurante de la situación.

Estos tipos sirven de guía, no son excluyentes, sino que permiten la sistematización de casos a partir de combinación de entre ellos.

TABLA 6.1

*Instrumentos de medida en el acoso psicológico del trabajo (protocolo de valoración del instituto de psicoterapia e investigación psicosomática)*

| <b>Prueba (tipo)</b>   | <b>Objetivos evaluación</b>   | <b>Indicadores</b>  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>— LIPT (González de Rivera y Rodríguez Abuín 2005) Inventario específico</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Estrategias de acoso psicológico en el trabajo (frecuencia, intensidad percibida y tipo de acoso)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Globales (Frecuencia-NEAP, intensidad-IGAP e IMPAP</li> <li>— 6 dimensiones de acoso</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>— SCL-90 R (Derogatis) Cuestionario de 90 síntomas (adaptación Glez de Rivera y cols., 2002) Inventario específico</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Síntomas psicopatológicos y psicosomáticos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Globales (Frecuencia de síntomas o PST, gravedad global síntomas o GSI e intensidad síntomas positivos o PSDI</li> <li>— 9 dimensiones psicopatol.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>— CSAP Cuestionario de síntomas de acoso psicológico (González de Rivera, 2002) Inventario específico</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Síntomas presentes en el APT (en el Síndrome de acoso psicológico)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Globales análogos a los del SCL-90 (PSTa, GSIa y PSDIa)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>— Test de Rorschach (Prueba proyectiva, inespecífica)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Áreas cognitiva y emocional integrada dentro de la Personalidad</li> <li>— Daño psicológico debido a variables situacionales y personales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Recursos cognitivos y emocionales</li> <li>— Estilos psicológicos y mecanismos psicopatológicos</li> <li>— Ajuste perceptivo</li> <li>— Estrés situacional vs personal</li> <li>— Guías diagnóstico general y diferencial</li> </ul> |
| <p><b>Otras pruebas opcionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Índice de reactividad al Estrés (González de Rivera 1991)</li> <li>— Cuestionarios de Personalidad (varios: 16 PF, Cuestionario «Big Five») (inespecíficos)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Pautas habituales de respuesta ante situaciones de estrés</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Índice de Reactividad al estrés vegetativo, conductual, emocional, cognitivo y global</li> <li>— Rasgos y factores de personalidad</li> </ul>  |

TABLA 6.2  
*Ejes de valoración en el campo de lo paranoide*

| <b>Eje</b>                 | <b>Dimensiones o criterios</b>                           |
|----------------------------|--|
| Locus etiológico           | Interno-externo vs personal.-situacional                 |
| Estabilidad                | Crónico vs. transitorio                                  |
| Amplitud                   | Amplio vs. generalizado                                  |
| Estructuración psicológica | Estructuración con ajuste vs desestructuración psicótica |

TABLA 6.3  
*Elementos a evaluar para el diagnóstico diferencial en el APT*

| <b>Elemento</b>                    | <b>Definición</b>   |
|------------------------------------|---|
| Ajuste perceptivo                  | Grado de adecuación de la percepción a la realidad                        |
| Distorsión cognitiva               | Manera de elaborar cognitivamente un concepto                             |
| Defensividad y estilos Rs          | Formas de enfrentarse al estrés y a las emociones dolorosas               |
| Adecuación emocional               | Grado de modulación apropiada de las respuestas emocionales               |
| Congruencia interrespuesta         | Consistencia personal en diferentes situaciones y a lo largo del tiempo   |
| Registro pérdida afectiva          | Vivencia psicológica adaptativa de duelo ante una pérdida                 |
| Necesidad de tratamiento percibida | Necesidad percibida de tratamiento y aceptación de compromiso terapéutico |

