

PSICOMETRÍA



Editor: Javier García Campayo.

Psiquiatra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
Profesor Asociado Universidad de Zaragoza.



Índice

- 01. Nuevas escalas de evaluación psicométrica en el Trastorno de Ansiedad Generalizada** 11
M^a Paz García-Portilla González.
Julio Bobes García.
Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.
- 02. Psicometría del "mobbing".** 23
Manuel J. Rodríguez Abuín.
Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.
José Luis González de Rivera y Revuelta.
Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid.
- 03. Psicometría en la población inmigrante.** 51
Francisco Collazos.
Adil Qureshi.
Rosa Bosch.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
- 04. Evaluación de las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: la Escala BEDS (Bipolar Eating Disorder Scale) de Barcelona.** 81
José Sánchez-Moreno.
Carla Torrent.
Eduard Vieta.
Programa de Trastornos Bipolares.
Hospital Clinic-Universitat de Barcelona, IDIBAPS. Barcelona.

Psicometría del “mobbing”

Manuel J. Rodríguez Abuín

Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática

José Luis González de Rivera y Revuelta

Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid

01. Interrogantes y claves en la valoración del “mobbing”

Diferentes cuestionarios e inventarios (*Tabla 1*) como el LIPT-60 (ver González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2003; 2005), el SCL-90 R (González de Rivera y cols., 2002) describen la percepción de acoso y de la sintomatología psiquiátrica experimentada por el individuo. Sin embargo, no nos informan 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. Para un diagnóstico diferencial de los síndromes de acoso de otros cuadros, ha de valorarse objetivamente de forma cuantitativa y/o cualitativa los siguientes puntos clave:

- 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 que, en su interacción, 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 –que pueden confundirse con el fingimiento, sin serlo–, como el trastorno facticio, donde la motivación primaria es estar enfermo, o como algunos cuadros clínicos con desajustes en la personalidad.

Tabla 1.
Instrumentos de medida en el acoso psicológico del trabajo (protocolo de valoración del instituto de psicoterapia e investigación psicosomática)

Prueba (tipo)	Objetivos evaluación	Indicadores
LIPT (González de Rivera y Rodríguez Abuín 2005) Inventario específico	Estrategias de acoso psicológico en el trabajo (frecuencia, intensidad percibida y tipo de acoso)	<ul style="list-style-type: none"> • Globales (Frecuencia-NEAP, intensidad-IGAP e IMAP) • 6 dimensiones de acoso
SCL-90 R (Derogatis) Cuestionario de 90 síntomas (adaptación Glez de Rivera y cols., 2002) Inventario inespecífico	Síntomas psicopatológicos y psicosomáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Globales (Frecuencia de síntomas o PST, gravedad global síntomas o GSI e intensidad síntomas positivos o PSDI) • 9 dimensiones psicopatol.
CSAP- Cuestionario de síntomas de acoso psicológico (González de Rivera, 2002) Inventario específico	Síntomas presentes en el APT (en el Síndrome de acoso psicológico)	<ul style="list-style-type: none"> • Globales análogos a a los del SCL- 90 R (PSTa, GS1a y PSD1a)
Test de Rorschach (Prueba proyectiva, inespecífica)	<p>Áreas cognitiva y emocional integrada dentro de la Personalidad</p> <p>Daño psicológico debido a variables situacionales y personales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos cognitivos y emocionales • Estilos psicológicos y mecanismos psicopatológicos • Ajuste perceptivo • Estrés situacional vs personal • Guías diagnóstico general y diferencial

02. Psicometría aplicada al APT

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 en la práctica 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 (entrevista clínica, tests subjetivos, tests objetivos y tests proyectivos)

Adicionalmente, es aconsejable utilizar diferentes criterios de confirmación de los resultados obtenidos (sobre todo, a partir de las informaciones aportadas por otras personas y en las fuentes documentales de la historia), 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.

Métodos de evaluación psicométrica

Al cuantificar estados mentales, síntomas, rasgos u otras variables psicológicas es importante llevar a cabo una recogida de datos con métodos o instrumentos que tengan una buena fiabilidad y validez (Anastasi, 1976). Es decir, hemos de asegurarnos que aquello que estemos midiendo sea lo que realmente queremos medir y que además lo hagamos con precisión (Ej. Si estamos utilizando un cuestionario para medir un rasgo de hostilidad en una persona, esa medida, además de ser precisa, debe valorar realmente hostilidad y no otra variable, como por ejemplo irritabilidad). Además han de tenerse en cuenta los costos y el conocimiento técnico del evaluador, que son diferentes según los métodos e instrumentos aplicados.

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). Aparte de estos condicionantes, la mera observación directa de conductas es cuestionable, si no se tiene en cuenta la intencionalidad de esa 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 preguntas que conciernen a la faceta a evaluar. Se ahorra tiempo y costos, pero, sin embargo, el deseo de aprobación social de los individuos y sus modos peculiares de respuesta, tales como la aquiescencia, el extremismo o la inhibición, 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 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 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 es compleja, por lo que es necesario que el

evaluador tenga una formación técnica específica. Sin este último requisito, sería discutible la validez de la prueba, por cuanto que es muy fácil que un evaluador inexperto introduzca elementos de subjetividad personal.

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 el punto de la congruencia y estabilidad de la información obtenida, como desde la congruencia interjueces) y válida (la información predice comportamientos, está en relación con lo que le pasa al paciente actualmente, y sus respuestas no sólo sirven para obtener información relevante sino también para establecer su congruencia y fiabilidad como informante). Por eso, aparte del grado de estructuración empleado en la entrevista, es necesario atender a aspectos 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.

03. Los efectos paranógenos

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, en la que, en un número reducido de casos, se puede llegar a la ideación pseudodelirante. Es en esta casuística donde se plantea el problema de lo que González de Rivera (2005) denomina "efectos paranógenos del acoso" 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 y autolimitada, 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) pero, generalmente, restringida a las situaciones paranógenas. A diferencia de los síndromes paranoides primarios, se objetiva una necesidad de cercanía emocional apropiada y, en algunos casos, aumentada.

La paranoia primaria, por el contrario, se refiere a la clínica persecutoria cuya causalidad es primariamente estructural o idiosincrática, 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 psicosocial.

En ocasiones, el diagnóstico diferencial resulta complejo. En algunos casos podemos encontrarlos con 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) como "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.

Psicometría de los efectos paranógenos

Las herramientas diagnósticas utilizadas en el Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática permiten en diverso grado medir estos efectos:

INVENTARIOS

I El Cuestionario de Estrategias de Acoso Laboral (LIPT-60)

El Cuestionario de Estrategias de Acoso Laboral LIPT-60 (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. En el LIPT-60 se valoran las conductas de acoso en el trabajo que se manifiestan en un período prolongado de tiempo y que se ejercen de manera sistemática, constituyéndose en un agregado de microtraumas. A diferencia del instrumento original de Leymann, nuestro instrumento permite la evaluación del grado de intensidad en que la persona experimenta cada estrategia de acoso.

A partir de la corrección del LIPT se obtienen tres indicadores globales que valoran la frecuencia e intensidad de la percepción de acoso en conjunto, y seis indicadores parciales que permiten valorar 6 dimensiones de la experiencia de acoso (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2005). Estas dimensiones son: el desprestigio laboral (des crédito 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 (des crédito 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. Esto, junto con otros datos, orienta hacia una reactividad aumentada y manifiesta (sin mecanismos de defensa que lo enmascaren) en la respuesta ante las situaciones de hostilidad laboral, lo cual puede favorecer el desarrollo paranoide reactivo.

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 psicósomática 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, que el sujeto valora 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 indicadores de psicopatología del instrumento se basan en 9 dimensiones (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y en tres índices generales o globales, que evalúan la frecuencia e intensidad de la sintomatología percibida.

El SCL-90 R permite valorar síntomas de tipo hostil-paranoide, pero no valora los ejes de sus causas ni 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 desajuste perceptivo-cognitivo (dimensión de psicoticismo).

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PROYECTIVOS

A diferencia de los inventarios y cuestionarios, las técnicas e instrumentos de evaluación proyectivos ofrecen mucha más información, tanto cuantitativa como cualitativa, sobre la experiencia de daño psicológico y sobre sus determinantes, tanto situacionales como personales, por cuanto que evalúan variables perceptivo-cognitivas y emocionales del individuo en relación con la situación (*ver tabla II*).

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, o bien sea con una determinada instrucción sobre lo que debe dibujar. La construcción del dibujo y de una historia sobre él, aporta 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, mediante los indicadores de necesidad de cercanía afectiva (fundamentalmente, la presencia de determinantes de textura), de tipo de procesamiento de la información y de estrés situacional, distinguir los efectos paranógenos o paranoia secundaria de la paranoia primaria (Rodríguez Abuín, 2005).

Tabla 2. Comparativa técnicas tipo cuestionario y técnicas semiproyectivas

Instrumentos	Ventajas	Inconvenientes
Cuestionarios /Inventarios	Económicos, sencillos, fácil corrección, aplicación colectiva	Sesgos de respuesta, sinceridad, deseabilidad social, no integran variables emocionales y cognitivas
Test Rorschach y tests semiproyectivos	Superan los mecanismos de autocontrol en las respuestas, la sinceridad, deseabilidad social y otros sesgos de respuesta, aporta información cognitiva y emocional integrada	Costosos, necesita tiempo y formación, para corrección fiable y válida Normalmente de aplicación individual

El trabajo que realizamos en el Instituto de Psicoterapia con el test de Rorschach se apoya en el Sistema Comprensivo con sus excelentes propiedades psicométricas (Exner, 1994, 2003; Exner y Sendín, 1998) y en los siguientes fundamentos conceptuales y principios metodológicos:

- 1 El test de Rorschach es un test proyectivo o mejor semiproyectivo, ya que la tarea del individuo consiste en construir un percepto a partir de estímulos con poca estructuración formal. La tarea es de construcción perceptiva con un componente proyectivo, ya que la forma de percibir y elaborar cognitivamente está en relación con la emoción, tanto procedente de la personalidad característica del individuo, como de las experiencias vitales pasadas o presentes.
- 2 Las respuestas del test de Rorschach se ajustan al principio de la cognición selectiva. Éste se refiere al filtro selectivo de las experiencias y de la personalidad en los procesos cognitivos de percepción, atención, memoria, elaboración y simbolización que se despliegan en el proceso de respuestas en el test de Rorschach. La tarea del evaluador es detectar y cuantificar este fenómeno de selección en los

procesos cognitivos, señalando las diferencias interindividuales con respecto a las muestras-baremo "normales" y "clínicas" .

Ejemplo. En un protocolo, entre otros muchos datos, podemos encontrarnos con predominio de algunos determinantes sobre otros, incluso aunque en la asociación libre tengamos las mismas respuestas. Así, en la lámina V, dos individuos pueden responder de la misma forma en la asociación libre ("Un murciélago"), pero en la elaboración lo hacen de forma diferente:

s1 Un murciélago, porque se le ve con la forma característica, aquí la cabeza, las alas y las patas.

s2 Un murciélago, porque es negro.

Ambas respuestas son iguales en la asociación libre pero el filtro selectivo en los procesos cognitivos es diferente, ya que en el primer caso el individuo se fija en la forma exclusivamente, mientras que en el segundo, lo prioritario es el color acromático negro. Esto tiene significaciones diferentes si es algo que se repite con determinada consistencia en otras respuestas del protocolo. Así, el uso excesivo de la forma constituye un estilo simplificador perceptivamente para no inundarse emocionalmente, mientras que la utilización frecuente del color acromático negro está en relación con el bloqueo o constricción afectiva, que implica una sobrecarga emocional estable desde hace tiempo que se relaciona con estados o procesos depresivos.

3 El test de Rorschach, por ser un test perceptivo ante estimulación poco estructurada, dificulta los procesos de autocontrol de respuesta, que se reflejan en la deseabilidad social y en los sesgos de respuesta de los cuestionarios. Es cierto que pueden detectarse defensas de autocontrol (intelectualización de las emociones, por ejemplo) en el test de Rorschach, pero esta detección es en sí misma interesante, ya que proporciona información sobre la integración de la cognición y la emoción dentro de la personalidad. De cualquier forma, si una persona no quiere cooperar y se opone a la prueba, lo mejor es anular el proceso psicodiagnóstico con el test.

- 4 La interpretación del test de Rorschach no se establece sobre postulados teóricos "a priori". Es decir, un test de estas características no está al servicio de un modelo determinado (por ej. el modelo psicoanalítico), y los datos obtenidos de las personas evaluadas deben ser expuestos en términos sencillos, reflejando los procesos cognitivos y afectivos, sin entrar en sesgos interpretativos poco operativos. El peligro de este proceder no dimana del modelo adoptado (cualquier modelo para sistematizar la dinámica mental es útil), sino de la tentación de que el test deje de estar al servicio de la valoración de las diferencias individuales y se utilice para ajustar las valoraciones a nuestros modelos. La propuesta es aquí inversa: olvidarse de los modelos en el momento de la evaluación y utilizarlos, operativizarlos y modificarlos en función de nuestras observaciones, para el entendimiento y ayuda de las personas.

En cualquier caso, la información que aportan las técnicas proyectivas en general al diagnóstico diferencial de la paranoia reactiva de la primaria 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. En el test de Rorschach, presencia mayoritaria de textura, indicadores de estrés situacional o daño psicológico e indicadores de procesamiento y contacto afectivo incompatibles con la hipervigilancia paranoide estructural.
- b Paranoia primaria:** Ausencia de indicadores de necesidad de contacto afectivo (contenidos e historias sin vínculos interpersonales apropiados, sin registros de pérdida afectiva, y por el contrario con un registro constante de hipervigilancia paranoide). Las respuestas, dibujos e historias no contienen daño psicológico, ni por lo tanto mecanismos de reparación (ej. historias con vínculos de ayuda, o de poner a salvo). Las historias suelen ser defensivas (descripciones con vigilancia paranoide) o con agresión continua pero sin daño consecuente o antecedente y con gran carga de hostilidad. En el test

de Rorschach, no hay presencia de textura alguna, y casi nunca hay indicios de estrés situacional ni de daño psicológico. Sí puede haber movimientos agresivos, con respuestas de detalle inusual aumentadas. El perfil general del protocolo es muy defensivo (muchas respuestas de forma pura), con hostilidad manifiesta ante cualquier evaluador.

04. El problema de la veracidad del testimonio

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 una simulación –o más propiamente, fingimiento– inconsciente, en el 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
 - 2 La distorsión cognitiva ante los contenidos neutros y emocionales
 - 3 el nivel de defensividad y de sesgos de respuesta y la responsividad ante los estímulos emocionales en el protocolo de evaluación
 - 4 La adecuación emocional y las características de personalidad o estilos psicológicos con desviación o inadecuación de las respuestas (personalidad disociativa, personalidad histriónica, simulación inconsciente)
 - 5 la congruencia interrespuesta en el protocolo de evaluación.

4.1. Medición de la intencionalidad de ser veraz

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 del daño y sufrimiento causado 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 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", con manipulación de la gente para lograr sus fines o, simplemente, por diversión sin ningún propósito- mintiendo perjudicando a terceros y, en los casos más graves, cometiendo 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. En otro trabajo (Rodríguez Abuín y González de Rivera, 2005) se expone cómo se ha de evaluar este factor y qué instrumentos podemos emplear.

En cualquier caso, hay que tener precaución con los cuestionarios o escalas de personalidad como el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), 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.

Las técnicas proyectivas tienen la ventaja de que no son fáciles de manipular, ya que el sujeto no conoce la intencionalidad de la tarea. Además, los psicópatas tienen alterados los indicadores de registro de estrés y presentan ausencia de introspección, incongruencias simuladoras e indicadores de vinculación agresiva psicopática

4.2. Simulación consciente o fingimiento de enfermedad

Existe otro factor intencional que afecta a la veracidad del testimonio, que es la simulación o fingimiento de enfermedad, coincidente o no con una personalidad psicopática o trastorno antisocial de la personalidad. En este caso, se simulan síntomas, sufrimientos o determinadas alteraciones, normalmente con fines económicos o para alcanzar un determinado estatus o poder en un grupo o en una organización. Hay variantes dentro de la simulación (López García-Silva y González de Rivera, 2003) como la sobresimulación o amplificación de un cuadro clínico ya existente, o como la metasimulación, simulación de una patología ya resuelta con anterioridad. De forma inversa, puede haber disimulación u ocultación de una patología existente, para obtener algún beneficio económico o de estatus o para hacer algún tipo de gestión (fenómeno, por cierto, que se puede producir también de manera defensiva inconsciente, como en las defensas hipomaniacas o contrafóbicas). La simulación de acoso psicológico en el trabajo puede tener las siguientes motivaciones:

- a* La simulación de estar afectado por acoso laboral, con el fin de eliminar a un rival o compañero, que generalmente ocupa un puesto de mayor rango o responsabilidad, y así ganar mayor estatus en la empresa.
- b* La simulación para obtener una ventaja económica, sobre todo cuando hay demandas judiciales abiertas, por la posibilidad de lograr indemnizaciones por daños morales y a la salud, o simplemente, por extinción de contrato solicitada por el trabajador o por despido improcedente por parte de la empresa.

Para valorar estas dos posibilidades, en la pericia se deben utilizar criterios de diagnóstico diferencial, basados en el análisis del discurso y en la exploración psicodiagnóstica. La forma del discurso y la verificación de determinadas respuestas psicofisiológicas en contextos incidentales o de ciertos marcadores endocrinos nos da información relevante acerca de la simulación (más información en Rodríguez Abuín y González de Rivera, 2005).

4.3. La distorsión inconsciente

La simulación, por definición, es consciente y, generalmente, relacionada 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 cuyo diagnóstico diferencial es necesario establecer. En ocasiones, se puede producir una distorsión inconsciente de hechos reales, que puede llevar al profesional a la confusión con un cuadro de simulación de enfermedad, cuando no lo es. Se trata como de un **pseudofingimiento**, en el que algunos rasgos de personalidad determinan la distorsión inconsciente. Aparece así una variada casuística que incluye los **trastornos facticios, trastornos histeriformes y disociativos, trastornos de personalidad con características narcisistas y/o histriónicas y neurosis de renta** (véase, para más información, Rodríguez Abuín y González de Rivera, 2005).

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.

Dentro de los **trastornos histeriformes y disociativos**, se presentan determinados casos en los que concurren traumas psíquicos o físicos en la 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 otros casos, pueden presentarse cuadros mixtos entre la simulación y la conversión como el **Síndrome de Ganser**, en el 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, terminan por convertirse en un auténtico trastorno mental (Lopez García-Silva y González de Rivera, 2003).

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 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 apareciendo como víctimas o distorsionando la realidad con juicios autocentrados en uno mismo sin tomar en cuenta otros aspectos o puntos de vista.

Las **neurosis de renta**, aunque llevan asociada una ganancia secundaria, se diferencian de la simulación pura en que el "fingimiento" no es totalmente consciente, teniendo el paciente un convencimiento claro de la adecuación y justicia de sus demandas. En algunos casos, relacionados con situaciones de conflicto laboral, puede generarse una querulancia desproporcionada a los acontecimientos, buscando de manera persistente un resarcimiento tanto económico como punitivo por vías judiciales. En ocasiones la neurosis de renta puede estar en relación con rasgos narcisistas y/o histéricos de personalidad, que predisponen al 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-, el individuo que se siente maltratado puede desarrollar un cuadro de victimización, con apremiante necesidad de valoración relacionada con un mecanismo de compensación narcisista. Se desarrolla entonces un excesivo autocentramiento personal, sin acceso a diferentes perspectivas de la situación de acoso, bloqueando la posibilidad de llegar a soluciones apropiadas y complicando cada vez más el problema. Así, se conforma un cuadro mixto, en el que es reforzante el papel de víctima maltratada –dado que no puede alcanzar una posición mejor-, con una reacción narcisista que bloquea la búsqueda de ayuda terapéutica. En estos casos tiene lugar un desarrollo del síndrome de estrés original, que adquiere casi entidad propia, con patoplastia próxima a la patología de la personalidad.

El diagnóstico diferencial del APT con los distintos cuadros con distorsión inconsciente se apoya en la valoración de las siguientes variables: **el ajuste perceptivo, la distorsión cognitiva, la defensividad, los sesgos y/o estilos de respuesta, la adecuación emocional y la congruencia interrespuestas**. Secundariamente, se pueden también señalar dos factores más relevantes para el diagnóstico diferencial dentro del propio fingimiento inconsciente, como son el registro de la pérdida afectiva y la necesidad de ayuda terapéutica. Plantearemos ahora la descripción básica

de estos aspectos. Para una mayor ampliación sobre las herramientas de evaluación, véanse los capítulos sobre Psicometría y Psicodiagnóstico Diferencial en el APT en el libro "Claves del Mobbing" (2005).

1 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 alto grado de distorsión con respecto a los límites formales. El ajuste perceptivo se valora ante situaciones con un contenido neutro, que no evoquen emociones significativas, o ante situaciones con contenido emocional.

2 La distorsión cognitiva. Se refiere a la manera en que un percepto es elaborado por el aparato mental, de forma que pueda ser comprendido y utilizado para actuar de manera adaptativa. La elaboración de lo percibido puede estar repleta de fantasías, predominantemente inconscientes, y mediatizada por necesidades insatisfechas y elementos situacionales estresantes, de consistencia y estabilidad temporal variable; o bien al 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, mientras que en el segundo caso la deformación será mínima, pudiéndose establecer una acción adecuada y proporcionada a la realidad.

La distorsión cognitiva debida a factores emocionales dinámicos es la más frecuente, pero puede haber otras distorsiones del procesamiento o elaboración de lo percibido causadas por desajustes estructurales de personalidad (trastornos de la personalidad narcisista, trastorno de la personalidad paranoide y trastorno de la personalidad histriónica), o por desajustes cognitivos neuropsicológicos o del desarrollo (trastornos por déficit atencional o por hiperactividad, o por trastornos neuropsicológicos diversos que pueden tener o no alteraciones previas en el desarrollo).

3. Defensividad, sesgos y estilos de respuesta. En muchos de los casos de APT y de fingimiento de tipo 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 emocional del acoso. Los más típicos son la intelectualización, las descripciones propias de estilos obsesivos y las de estilos evitativos de afrontamiento al estrés. Estos mecanismos pueden aparecer focalizados sólo ante determinadas temáticas o ser frecuentes ante cualquier estímulo de contenido emocional.

En otros cuadros diferentes de los derivados de APT, la defensividad se suele manifestar por la elevada deseabilidad social positiva en aspectos de la personalidad y funcionamiento mental (normalmente la capacidad de juicio y ajuste de su personalidad) y también por fingimiento en mayor o menor grado inconsciente de dolor y daño (expresiones emocionales desproporcionadas, teatralidad, 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 reducirlas y otras a ser extremistas. Las respuestas pueden ser aumentadas, reducidas o bloqueadas, dependiendo de la intensidad de la estimulación-paradigma de los aumentadores y reductores- (Kissin, 1988)

4. La adecuación emocional. Se refiere al grado de modulación de las respuestas emocionales. Estas pueden presentarse, en un extremo, como descargas bruscas (*acting-out*), desproporcionadas y/o 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 e insultándole). En el extremo opuesto, las manifestaciones emocionales espontáneas se expresan con mesura, de manera apropiada 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.

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

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

En el fingimiento inconsciente y en general, en cualquier tipo de fingimiento de un síndrome de acoso psicológico, la congruencia interrespuesta es baja, con datos que no encajan dentro del protocolo. En los casos con un síndrome de acoso psicológico real existe una congruencia interrespuesta a través de diferentes situaciones con estímulos de la misma significación, 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.

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). 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 la mayor parte de las personas con APT. En paranoias primarias o estructurales, dicho registro está ausente, y en los casos de fingimiento, consciente o inconsciente, normalmente el registro de la pérdida afectiva es normal, es decir, no hay aumento de la necesidad de cercanía afectiva, o en muchos casos, puede haber una ausencia de la misma, sobre todo en los trastornos de la personalidad antisocial o psicopática.

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 perceptivo-cognitiva y emocional para el cambio de puntos de vista personales a puntos de vista ajenos, con dificultad para entender perspectivas o interpretaciones diferentes de los acontecimientos. En la clínica, se constata que, aun registrándose pérdida afectiva con incremento de necesidad afectiva, el autocentramiento narcisista pronostica un fracaso en la aceptación de la necesidad de tratamiento, y en el establecimiento del compromiso terapéutico.

05. Tipología de casos en APT

El análisis conjunto de la presencia y/o ausencia del registro de la pérdida afectiva y de la necesidad de tratamiento permite identificar en el APT y, en general en cualquier cuadro, cuatro formas clínicas (descritas en detalle en Gonzalez de Rivera, 2005 y Rodríguez Abuín y González de Rivera, 2005). Aunque la situación de acoso pueda ser semejante y los marcadores psicodiagnósticos sean muy constantes (como la textura y/o la hipervigilancia paranoide reactiva), las formas de expresión clínica pueden ser distintas. Desde la práctica y análisis de los protocolos hemos descrito una serie de casos tipo (Rodríguez Abuín y González de Rivera, 2005): los defensivos-intelectualizadores, los necesitados de contacto emocional, los depresivos, los hostil-paranoides y los desestructurados, con afectación de procesos de ajuste a la realidad. Estos tipos sirven de guía y no son excluyentes, pudiendo haber casos mixtos que permiten la sistematización de casos a partir de combinaciones entre ellos.

06. Bibliografía

- 1 Anastasi, A. (1976). *Psychological Testing (4th. Ed.)*. New York: MacMillan
- 2 American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. edition)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 3 Exner, J.E.Jr (1994). *El Rorschach, un Sistema Comprehensivo: Fundamentos Básicos*. Madrid: Psimática
- 4 Exner, J.E.Jr (2003). *Manual de codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo (5ª edición revisada)*. Madrid: Psimática (original: 2001).
- 5 Exner, J.E. Jr. y Sendín C. (1998). *Manual de interpretación del Rorschach, para el Sistema Comprehensivo (2ª edición)*. Madrid: Psimática.
- 6 García, E. y Roa, A. (1993). *Evaluación psicofisiológica*. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y Muñoz, M. (Eds.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide (págs 181-225)

- 7 González de Rivera, J.L. (1996). *La ética del diagnóstico: aspectos clínicos*. Psiquis, 17 (6): 263-278.
- 8 González de Rivera, J.L. (2003). *El maltrato psicológico. Cómo defenderse del "mobbing" y otras formas de acoso (2ª edición)*. Madrid: Espasa (original:2002).
- 9 González de Rivera, J. L. y Morera, A. (1983). *La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la Escala de Holmes y Rahe*. Psiquis, 4, 7-11.
- 10 González De Rivera, J.L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M.J. Y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis)*. Madrid: Tea.
- 11 González de Rivera, J.L. Y Rodríguez-Abuín, MJ (2003). *Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: el LIPT-60 (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) en versión española*. Psiquis, 24, (2), 59-69.
- 12 González de Rivera, J.L. Y Rodríguez-Abuín, MJ (2005). *LIPT-60. Cuestionario de estrategias de acoso laboral*. Madrid: EOS.
- 13 González de Rivera, J.L. (Coord.) (2005) *Claves del Mobbing*. Madrid: EOS.
- 14 González de Rivera, JL (2005) : *El acoso psicológico y sus dinámicas*. En J.L. González de Rivera (Ed.), *Claves del Mobbing*. Madrid: EOS.
- 15 Kissin, B. (1988). *Conscious and unconscious processes in the brain*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- 16 Kretschmer, E. (1966). *Der sensitive Beziehungswahn (4ª ed)*. Berlin: Springer-Verlag. (Traducción español 2000. El delirio sensitivo de referencia. Madrid: Triacastela).
- 17 Labrador, F.J. y García, E. (1990). *Evaluación y registros psicofisiológicos*. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría (Vol. I, págs 397- 411)*.
- 18 Rodríguez-Abuín, M.J. (2005). *Psicodiagnóstico diferencial con el Test de Rorschach en el acoso psicológico en el trabajo*. En J.L. González de Rivera(Ed.), *Claves del Mobbing*. Madrid: EOS.
- 19 Rodríguez-Abuín, M.J. y González de Rivera, J.L. (2005). *Psicometría del acoso psicológico en el trabajo*. En J.L. González de Rivera(Ed.), *Claves del Mobbing*. Madrid: EOS.
- 20 Sánchez, J. y Sánchez, M. P. (1994). *Psicología Diferencial: Diversidad e individualidad humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- 21 Valdés, M. y De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés (edición revisada)*. Barcelona: Martínez Roca.



Unidad del Sistema Nervioso Central



FAES FARMA

www.faes.es

EXP. 6 / 08 / SCH / 6 / 040

Motiván 56
Paracetamol

SedoTIME

Labileno
LAMOTRIGINA
dispersable

