

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**VALORACIÓN DEL DAÑO PSÍQUICO Y EMOCIONAL EN
VÍCTIMAS DE ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO**



Autor: Alfredo Rodríguez Muñoz
Director del proyecto de investigación: Bernardo Moreno Jiménez
Madrid, Febrero de 2006

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a todas las plataformas y asociaciones contra el acoso que tan desinteresadamente participaron en el estudio

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
1. DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	
Efectos del acoso psicológico.....	4
Sintomatología.....	4
Estrés postraumático.....	6
El impacto cognitivo del trauma.....	11
3. METODOLOGÍA	
Objetivo general.....	14
Muestra.....	15
Procedimiento.....	17
Consideraciones éticas.....	19
Instrumentos y variables de evaluación.....	19
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSIÓN	29
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1 DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DATOS GENERALES:

- Título del proyecto: Valoración del daño psíquico y emocional en víctimas de acoso psicológico en el trabajo.
- Datos de la entidad donde se ha llevado a cabo:
Universidad Autónoma de Madrid (UAM). CIF: Q28/18013/A.
- Investigadores responsables:
Nombre y Apellidos: Bernardo Moreno Jiménez y Alfredo Rodríguez Muñoz
Teléfono: 91.497.45.79 / 91.497.52.25
Telefax: 91.497.52.15
Correo electrónico: bernardo.moreno@uam.es / alfredo.rodriguez@uam.es
Dirección postal: Dpto. Psicología Biológica y Salud. Facultad de Psicología.
Universidad Autónoma de Madrid. 28049- Madrid.
- Otros miembros del grupo investigador:
D. Eva Garrosa Hernández. Profesora titular interina U.A.M.
D. Raquel Rodríguez Carvajal. Becaria F.P.U., U.A.M.
D. Maria Eugenia Morante Benadero. Becaria F.P.I. Comunidad de Madrid-
U.A.M.
D. Macarena Gálvez Herrer. Personal investigador U.A.M.

2 MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

De entre los riesgos laborales denominados emergentes, uno de los que más destaca es el llamado acoso psicológico en el trabajo o “*mobbing*”. En los últimos años, el acoso psicológico está siendo reconocido internacionalmente como un serio problema tanto en el ámbito laboral como en el social, hasta el punto de convertirse en algún caso en tema de alarma social. Esta preocupación, se ha reflejado en la presencia pública de las cuestiones relacionadas con el acoso laboral, con la consiguiente popularización del término. En este sentido, el acoso psicológico en el trabajo ha llegado a ser descrito por algunos autores como el tópico de investigación de los años 90 (Hoel, Rayner y Cooper, 1999). Sin embargo, en el caso de España, el estudio y la elaboración teórica sobre acoso psicológico resultan inciertos debido al escaso desarrollo existente al respecto, tanto a nivel teórico, metodológico y empírico.

LOS EFECTOS DEL ACOSO

Sintomatología

El incremento de la conciencia social sobre el fenómeno del acoso en el trabajo ha sido en parte debido a la constatación de la amplitud y profundidad de sus consecuencias. Todos los datos indican que las consecuencias del acoso psicológico son amplias y varían en función de las personas, las situaciones y los casos. Como tales, las consecuencias son genéricas, propias de situaciones de estrés incontrolado, pero suelen presentar aspectos propios y específicos como consecuencia de una situación de indefensión ante aspectos del ejercicio profesional, la propia identidad y el trastorno de la propia imagen social y profesional.

El acoso psicológico en el trabajo es considerado un severo estresor psicosocial que puede afectar seriamente el funcionamiento cotidiano de aquellos que lo padecen. Distintos estudios han puesto de manifiesto que el acoso psicológico se encuentra fuertemente relacionado con diferentes problemas de salud, como por ejemplo alteraciones del sueño, ansiedad, problemas psicosomáticos, irritabilidad y depresión (Brodsky, 1976; Leymann, 1992a; Mikkelsen y Einarsen, 2001; Vartia, 1996; Zapf, Knorz y Kulla, 1996).

Otros efectos comunes del padecimiento del mobbing son la apatía, la indefensión y los sentimientos de desesperanza. No es de extrañar que algunas víctimas sientan que su salud, tanto física como mental, se encuentra arruinada y que nunca volverán a funcionar con normalidad (Leymann, 1996).

Basándose en observaciones y entrevistas clínicas a víctimas de acoso, Brodsky (1976) identificó tres patrones de efectos sobre las víctimas. Algunos expresaban sus reacciones mediante el desarrollo de síntomas físicos no excesivamente graves, tales como sensación de debilidad, pérdida de fuerza, fatiga crónica, dolores y jaquecas. Otros reaccionaban con depresión y sintomatología asociada, como sensación de impotencia, falta de autoestima e insomnio. Un tercer grupo reaccionaba con síntomas psicológicos, como la hostilidad, problemas de memoria, hipervigilancia, sentimientos de victimización y evitación de los contactos sociales.

Estrés postraumático

En vista de la constelación de síntomas señalados, se ha hipotetizado que las víctimas de mobbing pueden padecer trastorno por estrés postraumático (TEPT en adelante). En 1980 se incorporó al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) (APA, 1980) el diagnóstico de estrés postraumático, introduciendo oficialmente el

trauma psicológico en el campo de la psicología y la psiquiatría. Este concepto supuso numerosas investigaciones en el área del trauma. En la tabla 1 se presenta de modo abreviado los criterios y pautas para el diagnóstico del TEPT según el sistema de clasificación del DSM-IV (APA, 1994).

Diversos estudios han señalado que entre las víctimas de acoso la probabilidad de padecer TEPT es elevada (Leymann y Gustafsson, 1996; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004). Basándose en observaciones clínicas, Leymann y Gustafsson (1996) encontraron que el TEPT constituía el diagnóstico adecuado de aproximadamente el 90% de una muestra de 64 víctimas de acoso. En un estudio finlandés entre 350 empleados universitarios, 19 personas que habían sufrido acoso fueron entrevistadas en un estudio longitudinal (Bjorkqvist y cols., 1994). Las víctimas experimentaron insomnio crónico, varios síntomas nerviosos, como ansiedad, depresión y agresividad, melancolía, apatía, falta de concentración.

En otra investigación, 100 víctimas de hostigamiento fueron entrevistados para evaluar el impacto de esta problemática en su funcionamiento psicológico, interpersonal y social (Pathe y Mullen, 1997). La mayoría de las víctimas fueron sometidas a múltiples formas de acoso, como el ser constantemente desacreditado, perseguido, y haber sido amenazado. El 83% informó de altos niveles de ansiedad, mientras que el 55% indicó padecer pensamientos intrusivos y flashbacks sobre la situación traumática. El 37% cumplió los criterios diagnósticos del TEPT.

TABLA 1. CRITERIOS ABREVIADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT) SEGÚN EL DSM-IV (APA, 1994)

A1	Exposición al estresor
A2	Reacción emocional al estresor
	<i>Se requiere uno o más de los siguientes síntomas:</i>
B1	Recuerdos intrusivos
B2	Sueños que producen malestar
B3	Actuar o sentir como si el suceso estuviese ocurriendo que recuerden al suceso
B4	Malestar psicológico al exponerse a estímulos que recuerden al suceso
B5	Respuestas fisiológicas a la exposición de estímulos que recuerden al suceso
	<i>Se requieren tres o más de los siguientes síntomas:</i>
C1	Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al estresor
C2	Evitar actividades, lugares o personas asociadas con el estresor
C3	Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
C4	Reducción del interés en actividades significativas
C5	Desapego de los demás
C6	Restricción de la vida afectiva
C7	Sensación de un futuro desolador
	<i>Se requieren dos o más de los siguientes síntomas:</i>
D1	Dificultades para conciliar o mantener el sueño
D2	Irritabilidad
D3	Problemas de concentración
D4	Hipervigilancia
D5	Respuestas exageradas de sobresalto
E	La duración de las alteraciones se prolonga más de un mes
F	Se requiere malestar subjetivo o deterioro

Especificar sí:

Agudo: Los síntomas duran menos de tres meses

Crónico: Los síntomas duran tres meses o más

Especificar sí:

De inicio demorado: entre el suceso traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses

Por otra parte, se ha señalado que la gravedad de los síntomas entre las víctimas de mobbing puede ser mayor que en víctimas de otros tipos de trauma. Matthiesen y Einarsen (2004) compararon las puntuaciones obtenidas por un grupo de víctimas de acoso con las de otras muestras expuestas a diversos acontecimientos traumáticos, como personas con familiares involucrados en accidentes de tráfico, personal de la ONU que había estado destinado en zonas bélicas y estudiantes de medicina expuestos a situaciones altamente estresantes (p.e. su primera autopsia). Se observó que las víctimas de acoso presentaban puntuaciones más elevadas en sintomatología postraumática respecto a los tres grupos, especialmente en reexperimentación del trauma y en evitación. La aparición de cuadros sintomáticos que muestran una alta correspondencia con el TEPT en víctimas de acoso ha sido encontrada en diversos estudios (Björkqvist, Österman y Hjelt-Bäck, 1994; Leymann y Gustafsson, 1996; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004).

A pesar de ser esta una línea de investigación de gran interés y con evidentes implicaciones prácticas, hasta el momento no ha recibido la atención suficiente y no está exenta de cierta controversia. En el diagnóstico del TEPT la persona debe haber estado expuesta a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático que represente un peligro para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física (APA, 1994). Este criterio supone un problema con relación al diagnóstico del TEPT en víctimas de mobbing, ya que las acciones típicas de acoso son predominantemente agresiones no físicas (Björkqvist y cols., 1994; Einarsen, 2000; Zapf y cols., 1996). Correspondientemente, se han propuesto diagnósticos alternativos para las víctimas de acoso, como por ejemplo el trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo. El trastorno por estrés agudo se diferencia del TEPT en que el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al

acontecimiento traumático. Respecto al trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del TEPT, como cuando el estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente amenazantes para la integridad física (p.e. abandono del cónyuge). Además, una vez que el estresor haya cesado, la sintomatología no debe durar más de seis meses. Como han puesto de manifiesto diversos estudios (Leymann y Gustafsson, 1996; Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004), la duración de los síntomas postraumáticos en víctimas de acoso excede notablemente los criterios temporales que los trastornos mencionados proponen.

Del mismo modo, en diversos estudios sobre mujeres maltratadas se ha mostrado que tanto el maltrato físico como el psicológico conducen a patrones similares en cuanto a la duración y gravedad de la sintomatología postraumática (Echeburúa, de Corral y Amor, 2002; Vitanza, Vogel y Marshall, 1995). Esto concuerda con lo señalado por diversos autores (p.e. Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992) quienes afirman que el elemento nuclear del TEPT es la percepción de amenaza incontrolable a la integridad física o psicológica. Por su parte, Leymann y Gustafsson (1996) señalaron que la pauta sintomatológica observada en las víctimas de acoso era similar a la que presentan algunas víctimas de violación. Teniendo esto en cuenta, es comprensible que la mayoría de los expertos en la cuestión consideren que el diagnóstico de TEPT sea el que más se adecue a los efectos derivados del padecimiento del acoso psicológico.

El impacto cognitivo del trauma

En los últimos años se ha desarrollado un interés creciente por la importancia de los aspectos cognitivos (creencias) en la respuesta al trauma (Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1995; Janoff-Bulman, 1989). Una de los autores pioneras en el campo es Janoff-Bulman (1989), quien habla del impacto cognitivo de la victimación. De acuerdo con el planteamiento de Janoff-Bulman (1992), los eventos traumáticos atacan directamente el sistema cognitivo de los sujetos. Las creencias acerca de la invulnerabilidad personal, la ilusión de control personal, la creencia en un mundo benevolente y con significado nos proporcionan sensación de estabilidad y control. Cuando la persona se encuentra expuesta a acontecimientos traumáticos, las víctimas toman conciencia de la fragilidad del sistema cognitivo sobre el que basan sus vidas (Janoff-Bulman y Frieze, 1983). Los supuestos fundamentales propuestos por Janoff-Bulman se pueden dividir en tres grandes bloques.

La primera asunción básica es la *benevolencia del mundo*, y hace referencia al grado en que percibimos el mundo de forma positiva o negativa, y la creencia de que en el mundo ocurren en general un mayor número de acontecimientos positivos que negativos (Janoff-Bulman, 1989). Esta categoría se divide en dos asunciones: benevolencia del mundo y de las personas. La primera de ellas establece que el mundo es un lugar justo donde las desgracias son poco comunes, mientras que la referida a las personas es considerarlas básicamente buenas.

El segundo bloque de asunciones, el mundo como un lugar con significado, se refiere a creencias sobre la distribución de los acontecimientos positivos y negativos (Janoff-Bulman, 1989), y sobre el porque le ocurren determinados acontecimientos a algunas personas y no a otras. En los países occidentales, esta asunción puede ser explicada en base a tres principios básicos de distribución: (1) un principio de *justicia*, de acuerdo al

cual la gente recibe lo que se merece; (2) un principio de control, de acuerdo al cual la gente es capaz de controlar los resultados de los acontecimientos por medio de tomar precauciones, realizar determinadas conductas y (3) un principio de azar.

En este sentido, queremos creer que vivimos en un mundo en el que la gente tiene lo que se merece, o que se merece lo que consigue. Queremos creer que las cosas buenas les suceden a la gente buena, y que el sufrimiento sólo es exclusivo de las malas personas. En la misma línea, queremos creer que la gente que se esfuerza consigue lo que se ha ganado y aquello por lo que ha luchado. Nos gusta pensar que la gente fracasa debido a su incompetencia o falta de voluntad para hacer lo que es necesario para conseguir sus metas o evitar el sufrimiento. Esto nos da una clara y necesaria sensación de control. La gente que cree en que nuestras vidas se encuentran fuertemente determinadas por el azar, es más probable que se sientan vulnerables, ya que se asume que hay poco que hacer para prevenir futuros acontecimientos negativos.

Finalmente, las cuestiones referidas al autoconcepto se dividen en (1) *autocontrol* que hace referencia al grado en que la persona se ve a si misma como capaz de realizar comportamientos y esfuerzos para prevenir posible acontecimientos negativos; (2) *autoconcepto* se refiere a percibirse como una persona bondadosa y (3) la *suerte* referida a al grado en que uno mismo se percibe como una persona afortunada.

Puesto que necesitamos estabilidad en nuestro sistema conceptual (Epstein, 1985), el trauma supone un abrupto ataque a nuestras creencias básicas que puede derivar en una intensa crisis psicológica, o como acertadamente señala Janoff-Bulman, a la desintegración de nuestra comprensión de la realidad: “*La esencia del trauma es la abrupta desintegración de nuestro mundo interior*” (Janoff-Bulman, 1992, p. 63). En la misma línea, autores como Foa, Steketee y Routhbaum (1989), en una primera aproximación que dará paso posteriormente a su *teoría del procesamiento emocional*,

señalan que lo que caracteriza al TEPT frente a otros trastornos de ansiedad es la ruptura de los conceptos de seguridad, y la activación de una *memoria del miedo* que provoca que las personas que lo sufren actúen con un estilo de supervivencia que les impide llevar una vida normal. De esta forma, las personas ven como sus expectativas y mecanismos de control, hasta entonces eficaces, quedan inutilizados. En este proceso algunas víctimas son capaces de reconstruir un nuevo y más adecuado sistema de creencias de acuerdo a su nueva situación, otras presentan enormes dificultades al respecto y algunas desarrollan TEPT.

3 METODOLOGÍA

3.1 Objetivo General

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general la valoración del daño psíquico y emocional en víctimas de acoso psicológico en el trabajo. Un segundo objetivo es estudiar si existen diferencias en las creencias acerca del mundo y de sí mismos en víctimas de acoso y un grupo control que no ha sufrido ese tipo de abusos. De acuerdo con la teoría cognitiva del trauma, las víctimas de acoso mantendrán una concepción más negativa del mundo, de los demás y de ellos mismos.

- Dado este planteamiento, los objetivos específicos que se proponen son:

1°.- Evaluar la prevalencia e intensidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en una muestra de víctimas de acoso.

2°.- Evaluar mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979) los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la depresión grave en la mencionada muestra.

3°.- Evaluar el impacto cognitivo de la victimización mediante el World Assumptions Scale (WAS, Janoff-Bulman, 1989). Los niveles en este cuestionario serán comparados con un grupo control de trabajadores que no hayan estado expuestos a situaciones de acoso.

4°.-Determinar el papel del género en las consecuencias señaladas.

- Las hipótesis que se plantean son las siguientes:

1ª.- Un alto porcentaje de la muestra de acosados cumplirá los criterios diagnósticos del TEPT.

2ª - El acoso psicológico se encuentra fuertemente relacionado con los indicadores de mala salud tal como son descritos mediante el GHQ- 28.

3ª - Comparado con el grupo control, y de acuerdo con la teoría cognitiva del trauma, las víctimas de acoso mantendrán una concepción más negativa del mundo, de los demás y de ellos mismos.

4ª.- El nivel acoso y las consecuencias estudiadas incide en mayor medida en las mujeres que en los hombres.

3.2 Muestra

La muestra del presente estudio está constituida por 366 participantes divididos en dos grupos:

- *Víctimas de acoso psicológico en el trabajo.* Se encuentra compuesto por 183 personas que han demandado asistencia o ayuda a alguna asociación o plataforma contra el acoso. Siguiendo una definición de acoso psicológico, todos se consideran víctimas de mobbing y cumplen los criterios temporales que se tienen en cuenta para concebir una situación como mobbing: las conductas de acoso deben tener lugar de manera frecuente (por lo menos una vez a la semana) y durante largo tiempo (por lo menos seis meses) (Einarsen, 2000; Leymann, 1992). De la muestra de sujetos acosados, el 54,1% señala estar en la situación de acoso desde hace más de dos años. En el 87,6% de los casos estaba involucrado su supervisor en el proceso de acoso, mientras que el 29,1% de las víctimas informaron haber padecido acoso tanto por sus superiores como por sus compañeros. Además, el 50,6% de las víctimas informaron haber sido acosados solo

ellos, siendo los compañeros de trabajo igualmente acosados en el 48,6% de los casos. Todos los sujetos incluidos en este grupo habían estado expuestos a estrategias de acoso de forma sistemática.

- *Grupo control.* Paralelamente, para establecer comparaciones en algunas de las variables del estudio, se tomó un grupo control compuesto por 183 trabajadores. Ninguno de ellos se consideraba acosado ni tenía relación con ninguna plataforma o asociación contra el acoso. Además, ninguno de ellos informó haber padecido de forma frecuente ninguna de las conductas típicas de acoso, ni cumplía ninguno de los criterios temporales expuestos.

Ambos grupos presentan diferencias estadísticamente significativas, $t(364) = 43.08$; $p = .000$., en la variable criterio de agrupación (mobbing), presentando una media claramente superior el grupo de víctimas (media = 2,72; DT= 0,6) comparado con el grupo control (media = 0,41; DT= 0,2). Por otra parte, ambos grupos se encuentran equiparados en relación a sus características sociodemográficas (véase tabla 2).

TABLA 2. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE AMBOS GRUPOS

	Víctimas de Acoso (n=183) % (n)	Grupo Control (n=183) % (n)	Prueba χ^2 (sig.)
Género			0.99 (0.75)
Hombre	46.4 (85)	48.1 (88)	
Mujer	53.6 (98)	51.9 (95)	
Nivel de estudios			2.16 (0.33)
Elementales	9.3 (17)	10.9 (20)	
Medios	49.2 (90)	41.5 (76)	
Superiores	41.5 (76)	47.5 (87)	
Relaciones personales			0.14 (0.70)
Con pareja habitual	77.6 (142)	79.2 (145)	
Sin pareja habitual	22.4 (41)	20.8 (38)	
Número de hijos			4.91 (0.29)
0	42.1 (77)	43.2 (79)	
1	30.1 (55)	23.5 (43)	
2	21.9 (40)	29.5 (54)	
Más de 3	6.0 (11)	3.6 (7)	
Cargo en la empresa			2.52 (0.64)
Directivo	1.6 (3)	0.5 (1)	
Supervisor /Coordinador	17.5 (32)	15.6 (28)	
Operador /Administrativo	36.1 (66)	38.8 (71)	
Otros	44.8 (82)	45.4 (83)	
Tipo de contrato			3.99 (0.26)
Eventual / Por obra	8.7 (16)	14.8 (27)	
Indefinido	61.7 (113)	55.2 (101)	
Funcionario	27.9 (51)	27.3 (50)	
Otros	1.6 (3)	2.7 (5)	
	Media (Desviación Típica)	Media (Desviación Típica)	Prueba t student (sig.)
Edad	39.58 (7.85)	40.30 (9.01)	0.80 (0.42)
Años experiencia laboral	15.17 (9.07)	14.88 (9.71)	0.29 (0.76)

3.3 Procedimiento

El trabajo de investigación se realizó en diferentes pasos o etapas:

1. La primera etapa consistió en hacer revisión bibliográfica de literatura científica relacionada con el objeto del estudio.
2. Se estableció contacto con todas las asociaciones o plataformas contra el acoso existentes en nuestro país.

3. A los presidentes o responsables de las mismas se les presentó el proyecto de investigación, y se les solicitó colaboración para tener acceso a la muestra. Aquellos que aceptaron se le explicaron las instrucciones sobre cómo rellenar el cuestionario.
4. En concreto, participaron 15 asociaciones y plataformas contra el acoso, distribuidas en 10 comunidades autónomas diferentes del territorio nacional. En concreto, se enviaron 350 protocolos, recibándose 202 (57,7%). Se excluyeron 19 sujetos que no cumplían los criterios mencionados anteriormente. Las asociaciones que participaron fueron las siguientes:
 - Associació contra l'Assatjament Moral (Asociación contra el acoso moral) (CLAM).
 - Asociación ACAL (Contra el Acoso Laboral).
 - Asociación Aragonesa contra el Acoso Psicológico en el Trabajo (A.S.A.C.P.T.).
 - Asociación Canaria de Empleados Públicos contra el Acoso Moral en el Trabajo (Acepamt).
 - Asociación Castellano-Manchega contra el Acoso Psicológico en el Trabajo.
 - Asociación contra el Acoso Laboral S.O.S. Mobbing, Albacete.
 - Asociación contra el Acoso Moral en el Trabajo del País Vasco.
 - Asociación Gaditana de Ayuda a Víctimas de Acoso (AGAVAL).
 - Asociación Gallega contra el Acoso Moral en el Trabajo.
 - Asociación Navarra contra el Acoso laboral.
 - Asociación No al Acoso Moral en el Trabajo en Islas Baleares (ANAMIB).

- Asociación Vasca contra el Acoso Laboral (AVAL).
- Associació Alto al Mobbing
- Mobbing NO! – Associació Catalana
- Plataforma Extremeña contra el Acoso Laboral (PECAL).

5. El grupo control fue obtenido con características sociodemográficas similares al grupo de víctimas para que fueran grupos homogéneos. Consistió en trabajadores de diversos campos profesionales, que se encontraban en activo en diferentes empresas, públicas y privadas, de la Comunidad de Madrid.

3.4 Consideraciones éticas

Los participantes fueron informados del objetivo de la investigación y se les pedía que la participación fuese voluntaria y anónima (consentimiento informado), los protocolos fueron presentados en sobres sellados con una carta de presentación en la que se explicaba el objeto de la investigación y el uso exclusivamente para fines científicos de la información recibida.

3.5 Instrumentos y variables de evaluación

La información fue recogida mediante un protocolo conformado por varios cuestionarios que evaluaban cada una de las variables analizadas en el presente estudio.

- Cuestionario de variables sociodemográficas y profesionales

Este cuestionario permite recoger la información referente al género, edad, relaciones personales, número de hijos, nivel de estudios, experiencia laboral, vinculación laboral, cargo desempeñado, horario de trabajo.

- Acoso psicológico en el trabajo

Cuestionario de acoso psicológico en el trabajo (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa y Morante, 2005). Esta escala consta de 13 ítems que recogen conductas típicas de situaciones de acoso, respecto a las cuales el sujeto debe indicar el grado en que ha padecido las conductas, con cinco alternativas de respuesta en un escala de 0 (“Nunca”) a 4 (“Continuamente”). También recoge información respecto a la duración y frecuencia del acoso. La escala evalúa los factores de aislamiento social, desacreditación y exigencia extrema. El Aislamiento social consiste en una reducción de las posibilidades de comunicación de la víctima, de forma que se le limitan los contactos sociales en la empresa, y se le aísla física o socialmente de sus compañeros o del exterior. El elemento más característico de la Desacreditación es el desprestigio a nivel laboral, el cuestionamiento de la capacidad profesional de la víctima, y la puesta en circulación de rumores o críticas acerca de asuntos personales, familiares o aspectos físicos de la víctima. Por lo que respecta a la Exigencia extrema, recoge aspectos en los que la sobrecarga, la crítica y el nivel de exigencias son excesivas en función de los medios de que se dispone y se le encargan tareas que no le son propias. En el presente estudio se utilizó el índice global de acoso, que cuenta con un índice de fiabilidad (alpha de Cronbach) de 0,96.

- Estrés postraumático

La *sintomatología de estrés postraumático* se evaluó mediante una versión modificada de la *Structured Interview for PTSD (SIP)* (Davidson, Malik y Travers, 1997). Esta entrevista estructurada de 17 ítems se modificó para poder ser utilizada como cuestionario autoaplicado. Para adaptarla a la población diana del estudio y facilitar su entendimiento, se sustituyó la frase “situación traumática” por “acoso psicológico en el trabajo”. Consta de cinco alternativas de respuesta (0-4), que explora los criterios de

diagnóstico del TEPT según el DSM-IV (APA, 1994). En el presente estudio, la escala mostró un índice de fiabilidad de 0,92.

- Sistema de creencias

El sistema de creencias/asunciones fue evaluado mediante el *World Assumptions Scale* (WAS, Janoff-Bulman, 1989). El cuestionario consta de ocho dimensiones divididas en tres grandes bloques de creencias:

A) El mundo como benevolente, medido por las dimensiones “Benevolencia de las personas” (p.e. “La naturaleza del ser humano es básicamente buena”) y “Benevolencia del mundo” (p.e. “En este mundo existe más bondad que maldad”).

B) El mundo como un lugar significativo es evaluado mediante tres dimensiones, “Justicia” (p.e. “En general, en la vida la gente recibe lo que se merece”), “Control” (p.e. “A través de nuestras acciones podemos prevenir las desgracias que nos puedan ocurrir”) y “Azar” (p.e. “El curso de nuestras vidas se encuentra bastante determinado por el azar”).

C) Por último, el “Autocontrol” (p.e. “Casi siempre hago esfuerzos para prevenir lo malo que pueda ocurrirme”), el “Autoconcepto” (p.e. “Frecuentemente pienso que no soy del todo una buena persona”, ítem inverso) y la “Suerte personal” (p.e. “Soy más afortunado que la mayoría de la gente”) evalúan cuestiones referidas al autoconcepto.

Los sujetos deben indicar su grado de acuerdo con las diferentes afirmaciones, en una escala de 1 (“Totalmente en desacuerdo”) a 6 (“Totalmente de acuerdo”). En el presente estudio, la consistencia interna de las ocho dimensiones del WAS fueron las siguientes: benevolencia del mundo (0,77), benevolencia de las personas (0,71), justicia (0,71), controlabilidad (0,74), azar (0,67), autoconcepto (0,72), autocontrol (0,75) y suerte

(0,73). La fiabilidad global del WAS presenta un índice de consistencia interna global de 0.81.

- Salud general

- *Cuestionario de Salud General de Goldberg* en su versión en escalas (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979). Prueba diseñada para detectar problemas psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos que se centra en los componentes psicológicos actuales de mala salud. Consta de 4 subescalas formadas por 7 ítems cada una que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, que no son totalmente independientes entre sí y “representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con diagnósticos psiquiátricos” (Lobo y Muñoz, 1996, p. 43). En este estudio se ha utilizado la puntuación tipo *Likert*, desde 0 hasta 3. El alfa de cronbach presentó un valor de 0,93.

4 RESULTADOS

Los criterios utilizados para el diagnóstico del TEPT fueron los propuestos por el DSM-IV (APA, 1994). Como podemos observar en la tabla 3, un alto porcentaje de personas cumplieron los criterios diagnósticos del TEPT. Si no se tiene en cuenta el criterio A1, que como se comentó en la introducción es discutido, la tasa de prevalencia del TEPT se eleva hasta el 54.1%. Respecto a la gravedad de los síntomas, la puntuación es elevada (media = 30.84; DT= 12,08). Las puntuaciones de los criterios diagnósticos fueron; Reexperimentación (media = 9,97; DT= 4,83), Evitación (media = 11,40; DT= 4,58) y Hiperactivación (media = 9,36; DT= 4,03).

Para comprobar si existían diferencias estadísticas con relación al género hemos utilizado, según las variables, la prueba chi-cuadrado y la prueba t-Student. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre el género y todos los criterios diagnósticos del TEPT (Tabla 2), siendo especialmente significativa la diferencia en el criterio Hiperactivación (χ^2 (1, 183)= 9,22; p= 0,002). Del mismo modo se apreciaron diferencias significativas en la gravedad de los síntomas, especialmente en el criterio reexperimentación, (t (181)= -3,18; p= 0,001.), obteniendo las mujeres puntuaciones claramente superiores (media = 11,01; DT= 4,43) con respecto a los hombres (media = 8,78; DT= 5,00).

TABLA 3. FRECUENCIA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TEPT EN VÍCTIMAS DE ACOSO PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Criterios diagnósticos	Hombres (n=85)		Mujeres (n=98)		Total (N=183)	
	n	%	n	%	n	%
Criterio A: A1. Temor por su integridad física	38	44,7	60	61,2	98	53,6
A2. Ha respondido con temor, desesperanza u horror	51	60,0	79	80,0	130	71,0
Criterio B: Reexperimentación del acontecimiento traumático	56	65,9	80	81,6	136	74,3
Criterio C: Evitación de estímulos asociados al trauma	48	56,5	71	72,4	119	65,0
Criterio D: Hiperactivación	45	52,9	73	74,5	118	64,5
Criterio E: Presencia de síntomas durante más de 1 mes	65	76,5	83	84,7	148	80,9
Criterio F: Malestar clínico, social, laboral o de otras áreas importantes del sujeto	69	81,2	92	93,9	161	88,0
Diagnóstico de TEPT	30	35,3	48	49,0	78	42,6

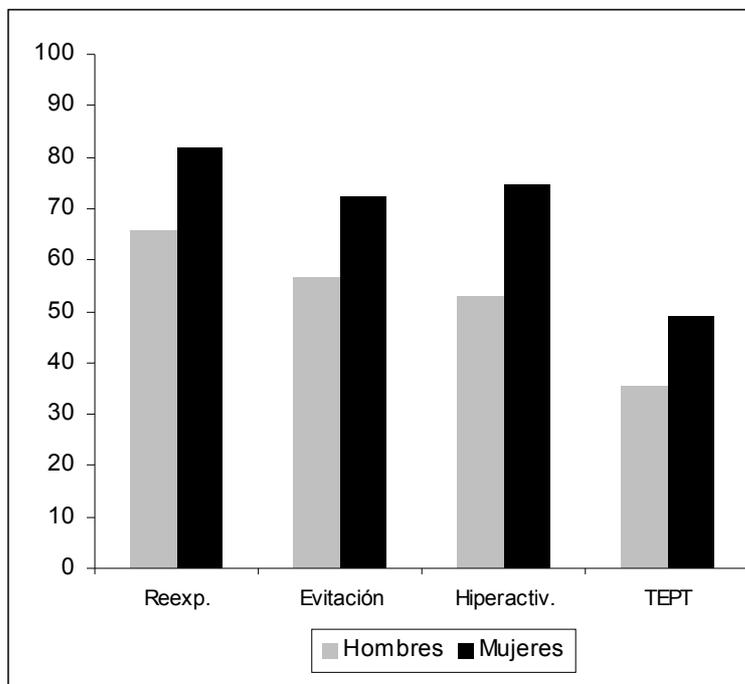


Figura nº 1. Comparación de las puntuaciones en el WAS de las víctimas de acoso y el grupo control.

Para poner a prueba la hipótesis de que las víctimas de acoso mantendrían una concepción más negativa del mundo, de los demás y de ellos mismos, realizamos una prueba t de student para muestras independientes con un grupo control. Como variable dependiente se utilizaron las dimensiones del World Assumptions Scale. Los resultados indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos en todas las dimensiones del WAS.

TABLA 4. DIFERENCIAS EN EL SISTEMA DE CREENCIAS ENTRE LAS VÍCTIMAS DE ACOSO Y EL GRUPO CONTROL

	Víctimas de Acoso	Grupo Control	
	Media (DT)	Media (DT)	t student
Benevolencia del mundo	2,84 (0,83)	3,49 (1,06)	-6,48***
Benevolencia de las personas	3,11 (0,78)	4,08 (0,74)	-12,18***
Justicia	2,16 (0,84)	2,46 (1,07)	-2,90**
Controlabilidad	3,02 (0,85)	3,28 (1,00)	-2,58*
Azar	3,63 (1,00)	3,42 (0,99)	2,01*
Autoconcepto	4,38 (0,89)	4,64 (0,96)	-2,71**
Autocontrol	3,70 (0,95)	3,93 (1,01)	-2,26*
Suerte	3,09 (0,92)	3,90 (0,97)	-8,13***

*p<0,05, **p<0,01, *** p<.0,001

Resultaron especialmente significativas las diferencias en las dimensiones benevolencia del mundo, ($t(364) = -6.48; p = .000.$), benevolencia de las personas, ($t(364) = -12.18; p = .000.$), y Suerte, ($t(364) = -8.13; p = .000.$), (ver Figura 2). Complementariamente, se compararon las puntuaciones obtenidas en el WAS por el grupo de víctimas de nuestro estudio con las víctimas de un estudio previo realizado por Mikkelsen y Einarsen (2002), (ver Figura 3).

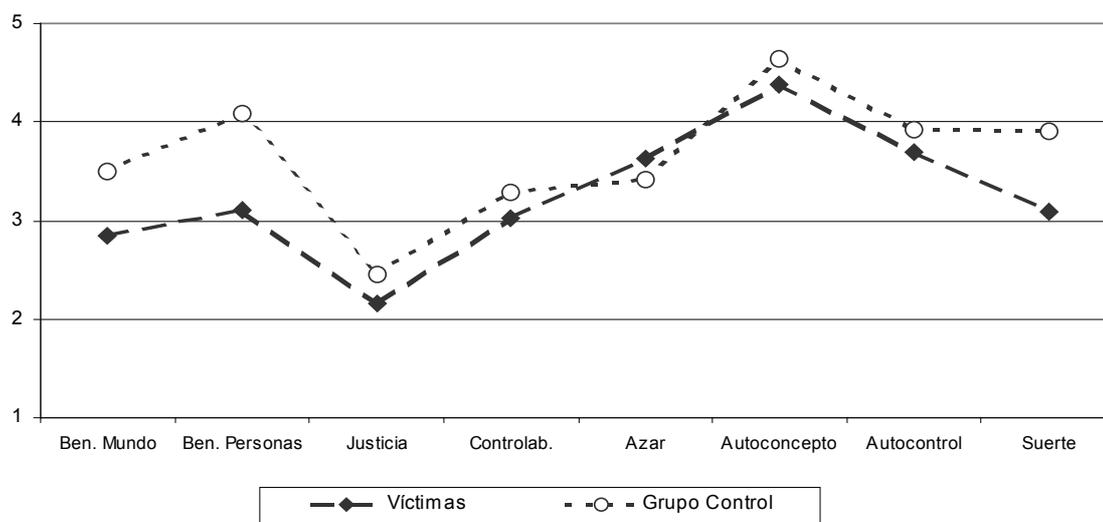


Figura nº 2. Comparación de las puntuaciones en el WAS de las víctimas de acoso y el grupo control.

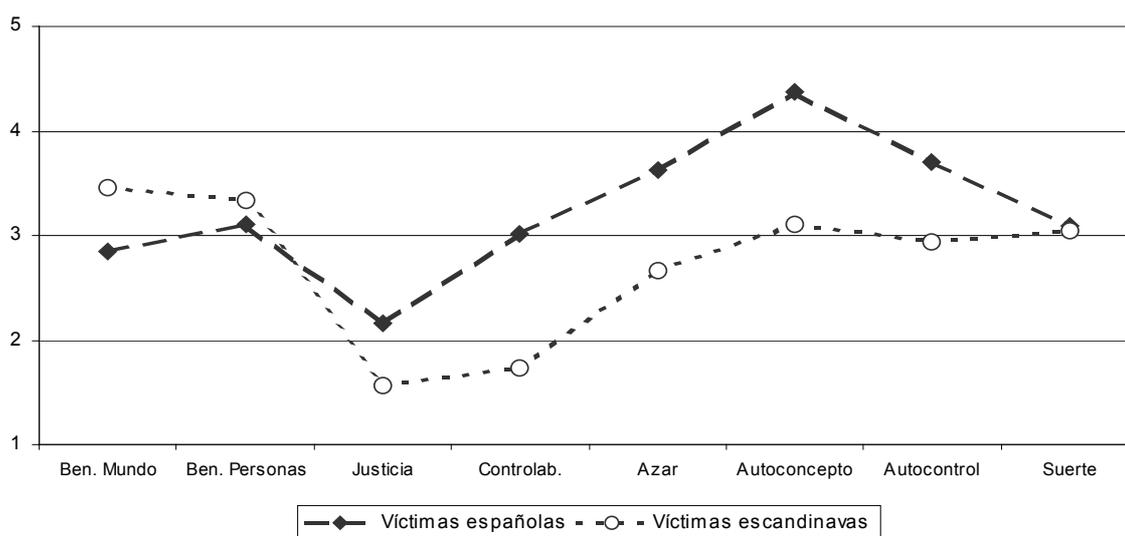


Figura nº 3. Comparación de las puntuaciones en el WAS de las víctimas de acoso del estudio y las víctimas del estudio de Mikkelsen y Einarsen (2002).

Como era de esperar, el patrón es muy similar en ambos grupos de víctimas, presentando ciertas diferencias. El grupo de víctimas españolas parecen presentar una concepción más negativa del mundo y de las personas, igualmente consideran en mayor medida que los acontecimientos están determinados por el azar. Por su parte, el grupo de víctimas escandinavas creen menos en la justicia en el mundo, tienen una peor visión personal de ellos mismos además, con un peor autoconcepto y una menor sensación de control sobre su entorno. En algunas dimensiones como la suerte apenas se aprecian diferencias entre los grupos.

Salud general

Las medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las variables de acoso y salud se presentan en la Tabla 5.

TABLA 5. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Media	D.T.	Min.	Max
Acoso Psicológico	2,72	0,62	1,00	4,00
Síntomas Somáticos	2,04	0,59	0	3,00
Ansiedad e Insomnio	2,15	0,57	0	3,00
Disfunción Social	1,90	0,53	0	3,00
Depresión	1,63	0,77	0	3,00
Estrés postraumático	30,84	12,00	2,00	55,00

Los análisis descriptivos de los datos indicaron que la muestra se caracterizaba por niveles altos tanto en acoso psicológico como en las variables de salud. En el cuestionario de salud, el valor más alto lo presenta ansiedad e insomnio (Media = 2,15; DT = 0,57) mientras que la puntuación más baja se dio en la depresión (Media = 1,63; DT = 0,77).

Para analizar la relación entre el acoso y la salud deteriorada se realizó un análisis de correlación bivariada de Pearson para explorar las relaciones entre las diferentes variables del estudio. Como se aprecia en la Tabla 6, los análisis de correlación indican, como esperábamos, que el acoso psicológico en el trabajo muestra relaciones altas con el deterioro de la salud. Se observa que se asocia positiva y significativamente con las dimensiones del Goldberg, especialmente con la depresión ($r = 0,50$; $p < 0,001$) y la disfunción social ($r = 0,47$; $p < 0,001$).

TABLA 6. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES

	1	2	3	4	5	6
1. Acoso psicológico	--					
2. Síntomas somáticos	,43	--				
3. Ansiedad e Insomnio	,45	,67	--			
4. Disfunción Social	,47	,57	,58	--		
5. Depresión	,50	,33	,46	,68	--	
6. Estrés postraumático	,34	,61	,57	,59	,53	--

Todas las correlaciones son significativas a nivel $p < 0,001$.

5 DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo consistía la valoración del daño psicológico y emocional sufrido por las víctimas de acoso psicológico en el trabajo, a continuación se discuten los resultados por apartados.

Estrés postraumático

De forma general, los datos obtenidos en el presente trabajo parecen indicar que las víctimas de acoso psicológico presentan una gran probabilidad de experimentar sintomatología de estrés postraumático. Estos resultados confirman los hallazgos de investigaciones previas. En un estudio similar, Mikkelsen y Einarsen (2002) hallaron que un elevado porcentaje de las víctimas de acoso (76%) indicaba padecer sintomatología postraumática, mientras que un 29% cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT. Recientemente se ha encontrado que en una muestra de acosados el 44% padecían TEPT (Therani, 2004). Otros estudios muestran cómo porcentajes similares de víctimas de acoso cumplen los criterios para el diagnóstico del TEPT (Pathe y Mullen, 1997), y que existe una significativa asociación entre el mobbing y la sintomatología postraumática (Fidalgo y Piñuel, 2004).

En paradigmas similares, como es el estudio del acoso sexual en el trabajo se han encontrado resultados parejos. Fontana y Rosenheck (1998) estudiaron el impacto relativo de las funciones militares y la exposición a situaciones de acoso sexual en el desarrollo de sintomatología postraumática entre 327 mujeres. El abuso y acoso sexual fueron cuatro veces más influyentes en el desarrollo del TEPT que otras situaciones traumáticas. Otro estudio, utilizando un criterio diagnóstico más flexible que el habitual,

encontró que el 73% de un grupo de mujeres psicológicamente maltratadas padecían severos síntomas de estrés postraumático (Vitanza y cols., 1995).

Estos resultados confirman la hipótesis inicial de que el acoso psicológico constituye una situación de riesgo para padecer el TEPT. De hecho, en el marco general del estrés laboral, se ha extendido el mobbing como un estresor laboral extremo que da lugar a reacciones psicológicas y emocionales propias del estrés postraumático. Sin embargo, este aspecto no está exento de cierta controversia.

Como se comentó en la introducción, en el diagnóstico del TEPT la persona debe haber estado expuesta a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático que represente un peligro para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física (APA, 1994). Como la mayoría de las conductas típicas de acoso son predominantemente psicológicas y no físicas, existen muchos sujetos que no cumplen con este criterio. En este sentido, y como era de esperar, casi la mitad de la muestra (46,4%) no cumplió con el criterio A.1. necesario para el diagnóstico del TEPT. Sin tener en cuenta este criterio, el porcentaje de la muestra que cumpliría los criterios del TEPT se eleva al 54,1%. Como se expuso en la introducción, los criterios alternativos expuestos por algunos autores (Scott y Stradling, 1994), como el trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo no parecen describir tan adecuadamente la vivencia de las víctimas de acoso.

Una de las características de los acontecimientos traumáticos es su capacidad de crear miedo y una intensa sensación de amenaza (McFarlane y de Girolamo, 1996). Cuando una persona es acosada en el trabajo, en ocasiones, incluso tras el cese del hostigamiento, las víctimas se enfrentan a amenazas a su identidad personal, social y profesional, y en algunos casos a su capacidad financiera (Mikkelsen, 2001). Por ello, cuando hablamos de trauma causado por la violencia en el trabajo no estamos, pues,

hablando tan sólo de una sintomatología de índole psicopatológica, sino de unos efectos que pueden ir mas allá. En este sentido, el significado del agente traumático tiene también una importancia decisiva en las consecuencias. El deterioro de la salud mental en víctimas de acoso se puede explicar, en parte, por la pérdida brusca de aportes psicosociales, como la disponibilidad económica, la seguridad física y la pérdida de una posición social valorada.

Salud general

Algunos investigadores y expertos en la temática afirman que el acoso psicológico en el trabajo está llamado a ser uno de los problemas más emergentes y devastadores en comparación con las demás formas de estrés laboral (Niedl, 1995). Lo que parece evidente es que se encuentra fuertemente relacionado con diferentes problemas de salud. En la introducción se hipotetizaba que el mobbing se encuentra fuertemente relacionado con los indicadores de una salud deteriorada. Si observamos los análisis de correlación veremos la estrecha relación con las dimensiones del GHQ-28. En investigaciones previas, el acoso psicológico ha explicado proporciones similares de varianza. En un estudio entre trabajadores industriales, Einarsen y Raknes (1997) encontraron que la exposición al acoso psicológico explicaba el 23% de la varianza de la salud psicológica y el bienestar. Al igual que en el trabajo de Vartia (2003), donde se halló que el padecer acoso psicológico en el trabajo se encontraba fuertemente relacionado con el deterioro de la salud mental y física. En este estudio, merece destacar la relación directa que se establece entre acoso con la disfunción social ($r = .47$; $p < 0,001$) y con la depresión ($r = .50$; $p < 0,001$). En anteriores investigaciones (Mikkelsen y Einarsen, 2002), el acoso mostró correlaciones muy similares a las encontradas con las variables del estudio que aquí se presenta, especialmente con quejas psicológicas ($r = .52$) y con psicósomáticas

($r = .32$). En el estudio al que me refiero, por sí mismo, el acoso explicaba un 27% de la varianza de las quejas de salud.

En el marco de estas investigaciones, Leymann y Gustafsson (1996) encontraron en personas que habían sufrido mobbing cinco grupos de síntomas claros. El primero se refiere a los efectos cognitivos como consecuencia de estresores: trastornos de memoria, dificultades de concentración, estado de ánimo deprimido, apatía, irritabilidad y mayor sensibilidad ante las dificultades. En este bloque, la depresión reactiva suele ser una de las secuelas más comunes, consecuencia de la indefensión y de la falta de medios para controlar la situación creada. Ante una situación que se considera incontrolable, la persona afectada fácilmente considera que se va a generalizar a todos los aspectos de su trabajo, a todos los compañeros y a todos los aspectos de su vida. Ante este planteamiento de futuro y la extensión del problema se responde con desánimo, pérdida de interés, abandono y hundimiento generalizado de la actividad.

Volviendo a la clasificación, el segundo grupo apunta a un cuadro de síntomas psicósomáticos; pesadillas, diarrea, dolor abdominal, pérdida de apetito y llanto. En el tercero se incluyen síntomas racionados con el estrés y con la actividad del sistema nervioso autónomo: dolor torácico, sudoración, sequedad de boca, palpitaciones y acortamiento de la respiración. El cuarto describe síntomas relacionados con la tensión muscular: dolor de espalda, cervical y muscular. Los síntomas correspondientes al quinto son trastornos del sueño: dificultad para conciliar el sueño, interrupciones del sueño, despertar fácil. En este sentido, tal y como ha quedado plasmado en el estudio que aquí se presenta, el acoso presenta relaciones directas con el insomnio. El insomnio, el sueño irregular suele acompañar a los problemas generados por el acoso de forma que el trabajador afectado suele rumiar en la noche los hechos del día y darle vueltas a la cabeza a lo sucedido y a la inquietud por el próximo día. El problema se agudiza pues lo

que ocurre es que el descanso insuficiente durante la noche aumenta los problemas al disminuir el nivel de alerta y de vigilancia, por lo que suele disminuir el nivel de eficiencia y competencia durante el día.

En la misma línea, estudios previos han señalado que los trastornos señalados suelen ser comunes entre víctimas de acoso. En un original estudio, se quiso comprobar que conductas de acoso se hallaban más relacionadas con los problemas de salud. Los hombres parecían más afectados por comportamientos de desacreditación profesional, mientras que las mujeres les impactaban más a nivel de salud las conductas relacionadas con la expansión de rumores (Hoel, Faraguer y Cooper, 2004). En un estudio realizado con una muestra representativa de enfermeras noruegas se encontró una clara relación entre el padecimiento del acoso y el posterior desarrollo del burnout, así como una baja satisfacción laboral (Einarsen y cols., 1998).

Todas las reacciones señaladas, parecen ser más acusadas si el acosador se encuentra en situación de superioridad jerárquica (Einarsen, 1999; Niedl, 1996). Teniendo en cuenta este dato, hay que recordar que en el presente estudio, en el 87,6% de los casos de acoso estaba involucrado el supervisor. Esto nos puede dar una clave para comprender la situación de indefensión que presentan muchas de las víctimas. Uno de los elementos nucleares en muchas de las definiciones de acoso es la diferencia de poder entre las partes y la percepción de la víctima de no poder afrontar los comportamientos negativos (Einarsen, 2000; Keashly, 1998).

Dentro del estudio del impacto del acoso, se ha encontrado que la víctima de acoso puede quedar afectada en su desempeño cognitivo e intelectual. Generalmente suelen tener problemas de atención, concentración y capacidad de resolución de problemas. Una vez que se ha dudado y criticado su capacidad profesional es fácil que la persona tenga problemas para mantener un funcionamiento intelectual eficiente y que para

hacerlo tenga que dedicarle un acopio de esfuerzo y dedicación. Estos datos fueron confirmados en la última conferencia de expertos en acoso psicológico, celebrada en Noruega el pasado año. En la misma, Bjørklund (2004), mediante un diseño experimental, probablemente uno de los primeros diseños de este tipo en el estudio del acoso, demostró que las víctimas tenían reducida la habilidad para el procesamiento cognitivo de determinadas informaciones.

Las creencias y el trauma

Diferentes aproximaciones han intentado dar respuesta a la aparición del TEPT tras la vivencia de un acontecimiento traumático, siendo la teoría cognitiva del trauma uno de los enfoques que mayor aceptación ha recibido.

De acuerdo a las teorías cognitivas del trauma (Horowitz, 1975; Janoff-Bulman, 1989) los acontecimientos resultan traumáticos en la medida en que las asunciones básicas se vean amenazadas. Los resultados del estudio muestran que las víctimas de acoso mantienen una concepción más negativa del mundo, de los demás y de ellos mismos que las personas del grupo control, siendo especialmente significativas las diferencias en las dimensiones de benevolencia del mundo, de las personas y en la suerte.

A un nivel conceptual, estos resultados son consistentes con el modelo cognitivo propuesto por Janoff-Bulman (1989, 1992) sobre la psicología del trauma. Parece que la creencia en un mundo benevolente y con significado, la ilusión de invulnerabilidad y control personal, la creencia en que se puede confiar en los demás, la imagen y autoconcepto de las víctimas de mobbing queda severamente dañada como consecuencia de la experiencia del acoso psicológico en el trabajo. Esto confirma la segunda hipótesis planteada y corrobora los resultados encontrados en el estudio de Mikkelsen y Einarsen (2002). Estos autores hallaron diferencias entre 118 víctimas de

acoso y un grupo control en relación a sus creencias básicas, presentando diferencias más acusadas en las dimensiones de justicia, autoconcepto y suerte. Puesto que estos autores usaron el mismo instrumento de evaluación (WAS) realice una comparación de las puntuaciones de ambos grupos de víctimas de acoso.

El patrón parece similar en ambos grupos, aunque se encontraron algunas diferencias notables. El grupo de víctimas españolas parecen presentar una concepción más negativa del mundo y de las personas. Esto concuerda con lo desarrollado por los autores cognitivos del trauma. Además de producir un sentimiento generalizado de pérdida (de valores, de confianza en uno mismo, en los demás, de proyecto vital..), de caos, o de aislamiento, el trauma puede hacer tambalear asunciones básicas respecto al mundo. Una de las dimensiones que quedan más claramente afectadas, y que se confirma en este estudio,

Una de las mas claras es la creencia en la benevolencia del mundo y de las personas, *“a mi nunca me va a ocurrir una cosa así, esto le pasa a otros“*. La creencia de que vivimos en un mundo ordenado y predecible, donde los hechos son controlables y donde hay unas reglas que adecuadamente utilizadas dan una seguridad respecto a la persona quedan claramente dañados ¿como es posible que ocurran estas cosas?. En este sentido, las víctimas españolas presentan mayores puntuaciones en el azar, consideran en mayor medida que los acontecimientos están determinados por el azar.

Otras creencias fundamentales para nuestra existencia, el que somos suficientemente competentes, la creencia de que uno es una persona fuerte y valida, quedan igualmente dañadas.

De acuerdo con esto, las víctimas del estudio presentaron puntuaciones más bajas en el autoconcepto que el grupo control. En este sentido se ha observado la presencia de niveles bajos de autoestima y sentimientos de culpabilidad en víctimas de acoso

(Einarsen, Raknes, Matthiesen y Hellesøy, 1996). La larga exposición a situaciones de acoso que muchas víctimas sufren puede ser una posible explicación. De hecho, el 54,1% señaló estar en la situación de acoso desde hace más de dos años. Además, el que muchas de las víctimas no consigan poner fin a las situaciones de acoso puede tener un impacto adicional en su autoestima. Resultados de unos pocos estudios han puesto de manifiesto que las mayoría de las víctimas tratan de acabar con el acoso, aunque suelen tener un éxito limitado al respecto (Niedl, 1996; Zapf, 1999). Consecuentemente, aunque muchas víctimas se consideren, antes de su victimización, personas independientes y auto-eficaces (Mikkelsen, 1997), debido a la situación de acoso se ven forzados a reconsiderar su imagen. En algunas ocasiones, esta negativa imagen de si mismos se generaliza y pueden derivar en depresiones graves (Leymann, 1988).

Por lo tanto, parece que muchas de las reacciones de las víctimas de acoso y en especial el TEPT, podrían derivar no sólo del padecimiento del mobbing, sino también de la destrucción de las creencias y concepciones básicas sobre el mundo. El acontecimiento traumático presentaría un tipo de información incompatible con los modelos mentales existentes de comprensión del mundo (Horowitz, 1975). Esta ruptura cognitiva contribuiría a generar en el sujeto un profundo estado de desesperanza, ya que los esquemas previos resultarían ineficaces para interpretar la situación de acoso.

Diferencias de género

Por otra parte, diversos estudios han puesto de manifiesto la relevancia del género en el proceso del TEPT (Lee y Young, 2001; Martín y de Paúl, 2004), y del mobbing (Salin, 2003; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa, Morante y Rodríguez, 2005). En este sentido, se ha comprobado que las mujeres son acosadas con mayor frecuencia (Björkqvist y cols., 1994; Moreno-Jiménez y cols., 2005). Asimismo, se ha visto cómo

en las mujeres los efectos derivados del padecimiento del acoso suelen ser mayores. En un estudio alemán se observó que las mujeres padecían mayores niveles de ansiedad así como más problemas psicosomáticos (Zapf y cols, 1996). En el mismo sentido, otros estudios han hallado resultados similares (Niedl, 1996).

Los resultados obtenidos parecen indicar, de acuerdo con la última hipótesis supuesta inicialmente, que hombres y mujeres no responden del mismo modo ante las situaciones de acoso. Desde una perspectiva de género es realmente interesante comprobar que los hombres y mujeres tienen un patrón de vulnerabilidad distinto. Según los resultados obtenidos, las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer TEPT, un 49% de las mujeres cumplieron los criterios diagnósticos del TEPT, frente a un 35,3% de los hombres.

Anteriores investigaciones, han indicado que existen diferencias en los factores etiológicos del acoso entre hombres y mujeres (Moreno-Jiménez, y cols., 2005). El género es un elemento que ha sido asociado frecuentemente con deficiencias de poder (Halford y Leonard, 2001; Scott, 1988). Conceptualmente, las diferencias de poder entre la víctima y el acosador son esenciales para la experiencia de victimización (Niedl, 1995). De hecho ya en sus primeras publicaciones Leymann (1986) describió el acoso psicológico como una situación donde las víctimas tienen dificultades para defenderse y en las cuales las diferencias de poder jugaban un rol muy relevante. Como se señalaba al principio, estas diferencias de poder son muy relevantes en el desarrollo posterior de determinadas consecuencias, como la sensación de indefensión. Igualmente, Hoel y Salin (2003) enfatizan las diferencias de poder como un factor crucial en la aparición del acoso psicológico y en el desarrollo de sus consecuencias.

Una posible explicación a las diferencias de género nos la ofrece Salin (2003), quien afirma que aquellos individuos con menor poder social, como por ejemplo las minorías

étnicas o las mujeres se pueden sentir más intimidados y ser más sensibles a los conflictos interpersonales, concibiendo de este modo una mayor proporción de situaciones conflictivas como acoso psicológico. En esta misma línea, las mujeres tenderían a clasificar las conductas en mayor medida como acoso debido a los estereotipos de género y las expectativas. De este modo, Salin encontró que las mujeres describen el acoso como una deliberada estrategia competitiva sin focalizar demasiado en factores individuales, mientras que los hombres tienden a ver a las víctimas como débiles, poco competentes e inseguras. De hecho, otros estudios muestran que los hombres conciben la incapacidad para manejar las situaciones negativas como un signo de debilidad (Wright y Smye, 1997).

A fin de entender el impacto que el acoso psicológico puede tener en aquellos que lo padecen, es necesario hacer referencia a varios aspectos con mayor detalle. Uno de ellos es el hecho de que el TEPT tiende a ser más grave y duradero cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales (APA, 1994). Como muestran los presentes resultados, el ser víctima de acciones violentas por parte de otras personas puede dañar la concepción acerca de la benevolencia del mundo y de las personas. Otro factor que puede ayudarnos a explicar la gravedad y duración del TEPT en víctimas de mobbing lo constituye, como bien es sabido, que los heridos graves tienen con frecuencia mejor pronóstico psicológico que los más leves porque se les considera más fácilmente como víctimas y cuentan, por ello, con un mayor grado de apoyo social (Echeburúa y cols., 2002). En este sentido, numerosas víctimas de acoso indican que carecen de apoyo social (Einarsen y cols., 1996; Zapf y cols., 1996). Con frecuencia, los diferentes tipos de efectos comentados a lo largo del trabajo llevan a otros problemas más genéricos e inespecíficos como son los problemas familiares y, en general, los

sociales. Todo este conjunto de alteraciones suele conllevar trastornos de la convivencia a nivel familiar y social. Con frecuencia, ocurre sobre todo en las primeras fases, el trabajador afectado no comunica lo que le está ocurriendo pero sí transmite lo que le está pasando sin que la familia comprenda lo que ocurre. Con ello se facilita la aparición de recriminaciones y de quejas que agravan la situación. En el ámbito más amplio de la convivencia social, amigos y compañeros notan las transformaciones que le están ocurriendo, el cambio de carácter, sin que comprendan lo que ocurre. Tanto en el ámbito familiar como en el social, la sensibilidad del trabajador afectado aumenta, se hace más sensible a las bromas y los roces de vida cotidiana, disminuyendo su flexibilidad y su capacidad de aguante, lo que acaba afectando a la convivencia diaria. En esta línea, en el último congreso sobre acoso, se señalaba la importancia que tiene el apoyo social para amortiguar el impacto del mobbing y el posterior desarrollo de sintomatología postraumática (Soares, 2004).

Además, debido a la falta de información respecto al fenómeno del acoso, las víctimas pueden sentirse enormemente incomprendidas. Así, las víctimas de acoso pueden experimentar lo que se conoce como victimización secundaria (Herrero y Garrido, 2002), debido a la deficiente relación que se puede establecer entre la víctima y por ejemplo el sistema jurídico-penal (Leymann y Gustafsson, 1996). Esto se ha documentado cuando numerosas víctimas de acoso han recibido diagnósticos erróneos respecto a lo que les estaba ocurriendo (Leymann, 1992b).

Los hallazgos del presente estudio plantean importantes cuestiones prácticas. Estos resultados ofrecen algunas claves que, probablemente, pueden ayudar tanto en el diagnóstico como en el posterior tratamiento de las víctimas de acoso psicológico. Como se acaba de señalar, numerosas víctimas de acoso han recibido diagnósticos erróneos respecto a lo que les estaba ocurriendo, siendo diagnosticados por ejemplo

como personas depresivas (Leymann, 1992b). En numerosos casos, estas víctimas han recibido tratamientos farmacológicos en lugar de ayuda terapéutica (Leymann, 1986, 1992a). Desde un punto de vista terapéutico, un diagnóstico acertado, tanto de la dolencia como de los efectos inmediatos, resulta crucial para una posible recuperación (Ravin y Boal, 1989).

Por otra parte, la evaluación del daño que han sufrido las víctimas de mobbing también es muy relevante para poder tipificar los daños a la hora de establecer una posible compensación o determinar una incapacidad laboral (Echeburúa y cols., 2002). Sin embargo, es necesario matizar que en ocasiones las reacciones de las víctimas pueden no coincidir con el trastorno de estrés postraumático, o ni siquiera experimentar dichas reacciones. En este sentido, alguien podría equivocadamente concluir que no ha existido acoso. Por otro lado, se podría manifestar, teniendo en cuenta la existencia de una respuesta emocional controlada (en el que la víctima no parece mostrar signos evidentes de perturbación), tampoco ha existido acoso. Pero una clara explicación es posible. En ocasiones, debido a las características de personalidad o a las estrategias de afrontamiento que una persona pone en marcha cuando es sometido a acoso, sus reacciones ni se ajustan al síndrome, ni son las típicas ni se corresponden con una respuesta emocional clara. Por ello, no podemos penalizar a aquellas personas que más exitosamente están haciendo frente a las consecuencias de la situación de mobbing. Se debe, por tanto, ser cauteloso al respecto. En este sentido, recientemente, el juzgado de lo Social número 1 de Toledo desestimó una demanda por acoso. En la sentencia, la juez concluye que, tras analizar las pruebas, *“que no existe un grave y relevante daño psicológico, habiendo continuado en su puesto de trabajo sin causar ningún día de baja, pese a disponer de una plaza como funcionaria titular en la Junta de Comunidades, no pasando de ser las circunstancias evidenciadas, confrontaciones y*

desencuentros propios de las relaciones humanas, sin mayor trascendencia”. Tan solo baste recordar que el que no se siga el patrón de respuesta esperado, no significa que no haya existido acoso.

Por último, el estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los datos. A pesar de que se intentó que la muestra fuera lo más diversa posible, tratando que participasen personas del máximo de comunidades posibles, no se procedió mediante ningún tipo de muestreo, por lo que la generalización de los resultados a otras muestras de acosados debe confirmarse en estudios posteriores. Otra limitación es que no se ha controlado otros tipos de situaciones traumáticas, que podrían explicar la sintomatología postraumática. Ante esto es necesario señalar dos cuestiones. En primer lugar, la situación traumática del cuestionario hacía referencia explícita al acoso psicológico en el trabajo, y por tanto la sintomatología también. En segundo lugar, en estudios previos, las víctimas de acoso han informado de haber padecido otros acontecimientos traumáticos. Sin embargo, la mayoría señalaron que el que más negativamente les había afectado era el padecer acoso (Mikkelsen y Einarsen, 2002).

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Bjørklund, R. (2004). Experimental approach to cognitive abnormality among victims of bullying at work. Comunicación presentada en la Fourth International Conference of Bullying and Harassment in the workplace, Bergen (Noruega).
- Björkqvist, K., Österman, K. y Hjelt-Bäck, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20, 173-184.
- Brodsky, C.M. (1976). *The harassed worker*. Toronto: Lexington Books, DC Heath and Company.
- Davidson, J., Malik, M.A. y Travers, J. (1997). Structured interview for PTSD (SIP): Psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression and Anxiety*, 5, 127-129.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14,(Supl.), 139-146.
- Ehlers, A. y Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*, 4(5), 379-401.
- Einarsen, S. y Raknes, B. I. (1997). Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence & Victims*, 12 (3), 247-263.

- Einarsen, S., Raknes, B.I., Matthiesen, S.B. y Hellesøy, O.H. (1996). Helsemessige aspekter ved mobbing i arbeidslivet. Modererende effekter av social støtte og personlighet. *Nordisk Psykologi*, 48, 116-137.
- Fidalgo, A.M. y Piñuel, I. (2004). La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicothema*, 16, 615-624.
- Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E.B. y Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.
- Foa, E.B., Zinbarg, R. y Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Halford, S. y Leonard, P. (2001). *Gender, Power and Organisations*. Basingtoke: Palgrave Publishers.
- Hoel, H. y Salin, D. (2003). Organizational antecedents of bullying. En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. Cooper (Org.), *Bullying and Emotional Abuse in the Workplace: International Perspectives in Research and Practice* (pp. 203-218). London: Taylor & Francis.
- Hoel, H., Faragher, B. y Cooper, C.L. (2004). Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviours are not necessarily equally damaging. *British Journal of Guidance y Counselling*, 32 (3), 367-387.

- Hoel, H., Rayner, C. y Cooper, C. (1999). Workplace bullying. En C. Cooper, & I.T. Robertson (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 14. Chichester: Wiley.
- Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after stress. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113–136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions-Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. y Frieze, I.H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1–17.
- Keashly, L. (1998). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 85–117.
- Lee, D. y Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, 13, 150-158.
- Leymann, H. (1986). *Vuxenmobbing: om psykiskt våld i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Leymann, H. (1988). *Ingen annan utväg - om utslagning och självmord som följd av mobbing i arbetslivet*. [No other way out – about expulsion and suicide as a result of workplace bullying] Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Leymann, H. (1992a). *Mobbing at Swedish work places-a study of 2428 individuals: Frequencies*. Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

- Leymann, H. (1992b). Psykiatriske problem vid vuxenmobbing. En rikstäckande undersökning med 2.438 intervjuer. Delrapport 3. Stockholm, Sweden: Arbetarskyddstyrelsen.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 165-184.
- Leymann, H. y Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of posttraumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 251–275.
- Lobo, A. y Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Martín Ayala, J.L. y de Paúl Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.
- Matthiesen, S.B. y Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance y Counselling*, 32(3), 335-356.
- Mikkelsen, E.G. (2001). Mobning i arbejdslivet: Hvorfor og for hvem er den så belastende? [Workplace bullying: Why and for whom is bullying such a strain?]. *Nordisk Psykologi*, 53(2), 109–131.
- Mikkelsen, E. y Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 11(1), 87-111.
- Mikkelsen, E.G. (1997). *Mobning i arbejdslivet. En krise- og arbejdspsykologisk undersøgelse* [Workplace bullying—an analysis of its trauma related and occupational psychological aspects]. Unpublished master's thesis, Department of Psychology, University of Aarhus, Denmark.

- Mikkelsen, E.G. y Einarsen, S. (2002). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (5), 397-405.
- Mikkelsen, E.G. y Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 10, 4, 393-413.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E. y Morante, M.E. (2005). Antecedentes organizacionales del acoso psicológico en el trabajo: un estudio exploratorio. *Psicothema*, 627-632.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., Morante, M.E. y Rodríguez, R. (2005). Diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: un estudio en población española. *Psicología em estudo*, 10(1), 3-10.
- Niedl, K. (1995). *Mobbing/ bullying at the work place*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Niedl, K. (1996). Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5, 239–249.
- Pathe, M. y Mullen, P.E. (1997). The impact of stalkers on their victims. *British Journal of Psychiatry*, 170, 12-17.
- Salin, D. (2003). The significance of gender in the prevalence, forms and perceptions of workplace bullying. *Nordiske Organisasjonstudier*, 5 (3), 30-50.
- Scott, J. (1988). *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press.

- Scott, M.J. y Stradling, S.G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 71–74.
- Soares, A. (2004). *Bullying, post-traumatic stress disorders, and social support*. Comunicación presentada en la Fourth International Conference of Bullying and Harassment in the workplace, Bergen (Noruega).
- Tehrani, N. (2004). Bullying: a source of chronic posttraumatic stress?. *British Journal of Guidance y Counselling*, 32(3), 357-366.
- Vartia, M. (1996). The sources of bullying - psychological work environment and organizational climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 203-214.
- Vartia, M. (2003). *Workplace bullying - a study on the work environment, well-being and health*. Doctoral Dissertation. People and Work research reports 56. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Vitanza, S., Vogel, L.C.M. y Marshall, L.L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*, 10(1), 23-34.
- Zapf, D. (1999). Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20 (1), 70-85.
- Zapf, D., Knorz, C. y Kulla, M. (1996). On the relationship between mobbing factors, and job content, social work environment and health outcomes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 215–237.