



■ artículo

SCV Societat Catalana
de Victimologia

SOCIEDAD VASCA DE VICTIMOLOGÍA
SOCIAL ESTIMOLOGÍA SOCIETATIA

HUYGENS
EDITORIAL

REVISTA DE VICTIMOLOGÍA | JOURNAL OF VICTIMOLOGY
Online ISSN 2385-779X
www.revistadevictimologia.com | www.journalofvictimology.com
DOI 10.12827/RVJV.16.04 | N. 16/2023 | P. 79-106
Fecha de recepción: 05/05/2023 | Fecha de aceptación: 19/06/2023

Evaluación psicológica forense de un supuesto de acoso sexual ambiental en el trabajo: historia de revictimización, vulnerabilidad y trauma

A forensic psychological assessment of an alleged workplace sexual harassment case: a story of repeated victimisation, vulnerability and trauma

Víctor Dujo

Universidad Complutense de Madrid (España), vdujo@ucm.es

Resumen

Los tres pilares de la evaluación forense del daño psíquico son la valoración de la capacidad traumática del estresor, la determinación de la lesión psíquica y el nexo causal. A la hora de establecer el nexo causal se ha de tener en cuenta la presencia de posibles concausas, definidas como variables biopsicosociales que pueden participar en la gravedad o configuración psicopatológica, teniendo especial relevancia cuando no existe una proporcionalidad entre la vivencia potencialmente estresante o traumática y la lesión psíquica. El presente artículo aborda la evaluación de una dinámica de acoso sexual ambiental en el trabajo en el caso de una mujer con rasgos límites de personalidad y con múltiples vivencias revictimizantes de naturaleza violenta e interpersonal a lo largo de su vida. A la persona peritada se le diagnostica de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, siendo el acoso sexual ambiental que experimenta precipitante y necesario, pero no suficiente para explicar el diagnóstico. Para explicar el daño psíquico y su gravedad es necesario tener en cuenta el papel de los factores de vulnerabilidad asociados a su personalidad, concausas situacionales e historia de victimización.

Palabras clave

Trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático complejo, trauma, evaluación forense.

Abstract

There are three main elements in the forensic assessment of the psychological harm: evaluating the degree of the traumatic nature of the stressor, identifying the psychological harm and establishing the underlying cause-and-effect relationship.



In order to identify the cause, we must take into account the potential causes, i.e. life-psychosocial variables that may be involved in the gravity or psychopathological structure, which are particularly relevant when the potentially stressful or traumatic experience is not proportional to the psychological harm. This article addresses the assessment of a sexual harassment dynamic at work involving a woman with borderline personality traits and repeated victimising experiences of a violent and interpersonal nature throughout her life. She was diagnosed with Complex Post-Traumatic Stress Disorder, in which environmental sexual harassment played a necessary and triggering role, although insufficient to demonstrate the diagnosis. To explain the psychological harm and its relevance, the role of vulnerability factors related to personality, situation-related causes and previous experiences of victimisation need to be taken into account.

Keywords

Borderline personality disorder, complex PTSD, trauma, forensic assessment.

1. Introducción

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una entidad diagnóstica compleja y caracterizada por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones sociales y la autoimagen (alteración de la identidad), esfuerzos frenéticos para evitar el abandono (real o imaginario), sentimientos crónicos de vacío, ira inapropiada o intensa, ideación paranoide asociada al estrés o síntomas disociativos graves, comportamientos intensos y amenazas suicidas recurrentes y déficits en el control de los impulsos (en áreas como la sexualidad, alimentación, abuso de sustancias) y la regulación emocional (inestabilidad afectiva, disforia, ansiedad, etc.). El trastorno parece ser el resultado de la interacción de elementos biológicos (p.ej., temperamento) y factores psicosociales (p.ej., historia de aprendizajes, infancia adversa, etc.). El TLP se asocia con un elevado impacto funcional y habitualmente presenta altas tasas de trastornos comórbidos (*American Psychiatric Association*, 2014; Bornovalova *et al.*, 2013).

La superposición fenomenológica y conceptual del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el TLP está presente desde el reconocimiento del TEPT en la tercera edición del DSM (Pagura *et al.*, 2010), ya que ambas categorías presentan una importante relación con el trauma, aunque en el caso del TLP la exposición a un evento traumático no sea una condición necesaria para su diagnóstico.

Aunque no sea una condición necesaria, numerosos estudios han analizado el valor etiológico de las experiencias traumáticas tempranas como el abuso sexual infantil en la gravedad de síntomas y curso del TLP (Frías, Palma, Farriols, González y Horta, 2016; Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick y Goodwill, 2015). El planteamiento general es que la vivencia temprana de un trauma (abuso sexual infantil) afecta al desarrollo de la personalidad, incrementando la vulnerabilidad de la persona para desarrollar estrés postraumático ante eventos adversos posteriores, sobre todo en supuestos de revictimización sexual temprana.



na (de Aquino, Pereira, Benevides y Melo, 2018). En este sentido, la desregulación emocional sería una variable de modulación nuclear a la hora de entender los déficits en el afrontamiento de estresores. El abuso infantil afecta directamente al desarrollo de los esquemas de seguridad emocional, lo que repercute en la forma en que la víctima experimenta los vínculos. Cuando este abuso está relacionado con figuras de cuidado pueden crearse esquemas ambivalentes y afectar al sistema de creencias relacionadas con la intimidad, la protección, la seguridad y la crianza (Ford y Courtois, 2021).

Aunque la mayor parte de las personas que experimentan sucesos potencialmente traumáticos no desarrollan TEPT, los rasgos de personalidad suponen una variable que predispondría a una minoría de individuos al desarrollo posterior de TEPT (Gunderson y Sabo, 1993; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). En este sentido, el abuso sexual infantil sería un importante precursor para la comorbilidad TEPT y TLP (Scheiderer, Wood y Trull, 2015).

Esta superposición y alta comorbilidad ha conllevado que algunos autores, desde los modelos traumáticos, planteen que el TLP puede ser parte del propio espectro postraumático (Driessen *et al.*, 2002; Sack, Sachsse, Overkamp y Dulz, 2013), pudiendo ser cada uno de los constructos un factor de riesgo para el otro, mientras que otras posturas defienden que ambos trastornos presentan mecanismos etiopatogénicos diferenciados (ambas entidades son constructos independientes con elevada coocurrencia) (Frías y Palma, 2014).

En población comunitaria la prevalencia del TEPT oscila entre el 3 y el 6 % (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005; Pietrzak, Goldstein, Southwick, y Grant, 2011). Cuando existen un diagnóstico de TLP estas cifras se elevan a una horquilla entre el 30 y el 70 %. La prevalencia de sujetos con diagnóstico primario de TEPT y comorbilidad de TLP oscila entre un 22 y un 24 % (Pagura *et al.*, 2010; Pietrzak *et al.*, 2011). En población clínica las cifras se disparan, encontrándose que en muestras de individuos con TLP la comorbilidad con TEPT se da entre un 33 y un 79 % (Sack *et al.*, 2013; Zanarini *et al.*, 2011).

Además, este binomio este asociado a otros indicadores psicopatológicos como síntomas depresivos (Bolton, Mueser y Rosenberg, 2006), o consumo de alcohol (Connor *et al.*, 2002). La presencia conjunta, asimismo, implica una mayor presencia de conductas autolíticas y peor calidad de vida (Pagura *et al.*, 2010). Aunque los resultados son heterogéneos, la prognosis y gravedad clínica y funcional puede estar condicionada por la presentación de ambos trastornos. Desde un punto de vista etiológico, la presentación conjunta de TLP y TEPT se asocia con experiencias tempranas traumáticas más graves durante la infancia, especialmente de naturaleza sexual (Pagura *et al.*, 2010).

A esta realidad, ya de por sí compleja, se le añade la aparición del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C), constructo propuesto por Herman



(1992) y que ha suscitado cuantiosas polémicas sobre su validez discriminante y de constructo (ver tabla 1). Tradicionalmente el TEPT-C se incluyó bajo la denominación DESNOS (*Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) en el DSM-IV, considerándose de forma inespecífica como una manifestación más grave que el TEPT. Aunque finalmente no se ha incluido en el DSM-5, sí lo ha hecho en última edición de la CIE (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2018).

El TEPT-C se asocia con traumas repetidos y prolongados, es decir, dinámicas de naturaleza aversiva (habitualmente interpersonal), mantenidas en tiempo y de las que es difícil escapar (trauma tipo II). Esta exposición continuada a una violencia, en ocasiones de baja intensidad, pero que por sumación acaba creando un ambiente coercitivo y de tensión emocional, supone la ruptura psicológica de la víctima, vertebrada por una pérdida de poder y control sobre su vida, pérdida del tejido social de apoyo y ruptura del sistema de creencias sobre sí misma, el mundo y el futuro. La cristalización de la situación supone un fracaso en los intentos de afrontamiento que se traduce en un profundo estado de indefensión (Dujó, González-Trijueque y Gómez-Graña, 2022).

El TEPT-C se caracteriza por una alteración en la regulación de las emociones (sexualidad compulsiva y/o inhibida, impulsividad, ira explosiva, etc.), alteración de la conciencia (amnesia asociada a los acontecimientos traumáticos, síntomas disociativos, etc.), alteración de la percepción de uno mismo (culpa, vulnerabilidad, indefensión, etc.) alteraciones de la percepción del perpetrador (ambivalencia, gratitud paradójica, idealización o visión de un poder total, etc.), alteraciones en la relación con lo demás (aislamiento, desconfianza, etc.) y alteraciones en los sistemas de significado (Herman, 1992).

El TEPT-C presenta como síntomas centrales una desregulación emocional muy intensa, baja autoestima, pobre autoconcepto y problemas interpersonales (hostilidad/evitación) derivados de una ruptura de esquemas y creencias sobre el mundo y los demás, pudiendo presentar patrones de evitación y repuestas de hipervigilancia (Cloitre, Garvert, Weiss, B. y Bryant, 2014). A nivel etiopatogénico, los estudios señalan que la revictimización temprana es un mejor predictor del TEPT-C que del TEPT (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant y Maercker, 2013; Palic *et al.*, 2016).

Como se ha comentado, la relación entre el TEPT-C y el TLP ha suscitado controversia en base a su etiología compartida (especialmente el abuso sexual infantil) y el solapamiento de síntomas (Resick *et al.*, 2012). La mayor parte de los estudios se han centrado en analizar (p. ej, desde el enfoque de redes) si se trata de constructos independientes y separados desde un punto de vista semiológico (validez de constructo y discriminante) (Cloitre *et al.*, 2014; Ford y Courtois, 2021; Hyland, Karatzias, Shevlin y Cloitre, 2019). Especialmente controvertida es la validez discriminante con el TLP.



El TLP tiene como síntomas centrales el miedo al abandono, relaciones interpersonales inestables y caracterizadas por una marcada fluctuación entre idealización y devaluación, pobre identidad e impulsividad y conductas suicidas. En el TEPT-C el miedo al abandono no es un indicador clave, la visión de uno mismo es permanentemente negativa (en lugar de cambiante) y existe un patrón de evitación relacional más marcado. La desregulación emocional está presente en ambas entidades, pero en el caso del TEPT-C se expresa en forma de sensibilidad emocional, ira reactiva y estrategias de afrontamiento potencialmente desadaptativas (p.ej., consumo de sustancias y alcohol). Los intentos de suicidio y los patrones autolesivos son más característicos del TLP que del TEPT-C (Cloitre *et al.*, 2014).

Los dos diagnósticos engloban dificultades en la regulación del afecto, el autoconcepto y las relaciones interpersonales (dominio de la desregulación emocional), sin embargo, en el TLP existe un sentido inestable y fragmentado del *self*, mientras que en el TEPT-C el individuo presenta una visión negativa permanente de sí mismo (culpa, vergüenza, etc.). A nivel interpersonal, mientras que el TLP presenta un patrón volátil en las interacciones (ideación y devaluación) el TEPT-C se caracteriza por un patrón evitativo. La desregulación emocional en el TLP se centra en el miedo a ser abandonado e intentos frenéticos para evitarlo (labilidad emocional, ira descontrolada, etc.) mientras que el TEPT-C tiene como elemento central dificultades para calmarse y el entumecimiento emocional (Ford y Courtois, 2021).

Desde el enfoque psicopatológico dimensional (Kotov *et al.*, 2017; Taylor *et al.*, 2018) se puede afirmar que son constructos relacionados pero diferenciados, es decir, a diferencia de las taxonomías psicopatológicas jerárquicas, el enfoque dimensional entiende que el conjunto de síntomas son constructos correlacionados. Esta correlación puede implicar que trastornos diferenciados como el TLP, el TEPT y el TEPT-C compartan factores de riesgo ya que comparten estructura latente.

El objetivo del presente artículo es describir las bases de la metodología pericial para la valoración del daño psíquico a través de un caso, poniendo énfasis en la complejidad inherente a aquellos supuestos en los que existe una revictimización temprana y un amplio historial psicopatológico. La labor del psicólogo forense se centra en formular y explicar las relaciones causales de las diferentes variables que participan en la etiopatogenia del trastorno diagnosticado, analizar la capacidad traumática del estresor (en este caso el acoso sexual ambiental en un procedimiento laboral en la jurisdicción social) y pronunciarse sobre el nexo causal, la proporcionalidad del estresor y la lesión psíquica y la posible participación de concausas que expliquen la extensión y gravedad de la expresión psicopatológica.



Tabla 1. Indicadores psicopatológicos del TLP, TEPT y TEPT-C

TLP (DSM-5)	TEPT (DSM-5)	TEPT-C (CIE-11; Herman, 1992)
Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado.	Manifestaciones de reexperimentación: <i>flashbacks</i> , pesadillas o recuerdos de naturaleza intrusiva y con gran centralidad. Acaparan toda la atención del sujeto y provocan reacciones de terror intenso. Estas manifestaciones también aparecen cuando se expone al sujeto a estímulos que recuerdan al trauma.	Alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos: desregulación emocional (ira), conductas autodesestructivas, ideación suicida, inapetencia sexual, asunción excesiva de riesgos
Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	Respuestas de evitación y embotamiento emocional: incapacidad para experimentar emociones.	Alteraciones en la atención y la conciencia: dificultades en la atención y concentración, amnesia, episodios disociativos transitorios y despersonalización.
Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	Hiperactivación psicofisiológica: hipervigilancia, alteraciones en el patrón del sueño, respuestas exageradas de sobresalto, dificultad para concentrarse, irritabilidad, ataques de ira.	Alteraciones en la autopercepción: sentimientos de culpabilidad y vergüenza, sentimientos de ineficacia, incomprensión, minimización.
Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).	Reacciones disociativas	Alteraciones en la percepción del victimario: aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias.
Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.	Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo	Alteraciones en las relaciones interpersonales: desconfianza, sensación de vulnerabilidad y peligro
Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo		Somatización y/o problemas médicos



TLP (DSM-5)	TEPT (DSM-5)	TEPT-C (CIE-11; Herman, 1992)
Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.		Alteración de los esquemas mentales (sistema de significados): desesperanza acerca del mundo y del futuro, sentimientos de equidad, pérdida de sentimiento de seguridad e invulnerabilidad
Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos		
Sensación crónica de vacío.		

2. Objeto de la pericial

La persona peritada, por medio de su abogado, solicita la realización de un informe pericial psicológico para valorar su estado psicológico a consecuencia de la dinámica relacional manifestada en el entorno laboral.

3. Metodología

Para la realización del presente informe se ha utilizado el sistema multimétodo-multifunte para alcanzar una mayor fiabilidad de medida. Se han administrado pruebas específicas para el contexto forense, se ha examinado la documentación facilitada por la parte solicitante y se han realizado entrevistas forenses al solicitante y terceros informadores.

- Entrevistas semiestructuradas y observación con duración total de 16 horas.
- Entrevistas complementarias con familiares y profesionales.
- Estudio de la documental judicial y clínico-asistencial.

Se han administrado las siguientes pruebas (por orden de aplicación):

- SIMS. Inventario estructurado de simulación de síntomas. Adaptación española (González-Ordi y Santamaría, 2015).
- PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad. Adaptación española (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011).



- MMPI 2RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado. Adaptación española (Santamaría, 2009).
- CIT. Cuestionario de Impacto del Trauma (Crespo, González-Ordi, Gómez-Gutiérrez y Santamaría, 2020).
- NEO-PI-R. Inventario de Personalidad Neo – Revisado. Adaptación española (Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008).
- CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos. Adaptación española (Kirchner y Forns, 2010).
- JSS. Cuestionario de Estrés Laboral. Adaptación española (Romero, 2021)
- LIPT-60. Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo (González de Rivera y Rodríguez-Abuin, 2005).
- Cuestionario de Hostigamiento Sexual Laboral (HOSEL) (Preciado y Franco, 2013).

4. Breve recorrido psicobiográfico

La peritada nace en Oviedo el 12 de junio 1986. Refiere parto eutócico. Es la mayor de tres hermanos. Manifiesta un desarrollo psicomotor y del lenguaje normalizado. Describe dinámicas violentas dentro del entorno familiar, describiendo al padre como ausente pero autoritario, utilizando frecuentemente castigos físicos como pauta disciplinaria. La peritada describe un maltrato físico y emocional continuado de su padre hacia su madre, describiendo a la figura materna como sometida y anulada. Manifiesta que su padre era consumidor habitual de numerosas sustancias. Como hecho relevante destaca un patrón de abuso sexual por parte de su abuelo que dura al menos 7 años (hasta que la peritada tiene 13 años). Esta dinámica de abusos conlleva numerosas infecciones vaginales y numerosos síntomas emocionales (ansiedad, quejas somáticas, conductas autolíticas, TCA, etc.) (información corroborada con la historia clínica). La dinámica descrita es silenciada por el entorno familiar. Cuando la peritada es adolescente su madre abandona el hogar, lo que conlleva que la peritada asuma la mayor parte de las responsabilidades domésticas. A pesar de las dificultades citadas, la peritada refiere una buena adaptación a su grupo de iguales y a la esfera académica.

La peritada refiere que a los 16 años su padre la echa de casa. A partir de ese momento, la persona peritada comienza una relación sentimental descrita como intensa y con un marcado patrón de impulsividad y dependencia



emocional. Describe déficits en la regulación emocional e intentos autolíticos para llamar la atención. La peritada describe que la relación deriva en una dinámica de abuso emocional (violencia física, sexual y psicológica). Esta relación dura diez años. A pesar de los problemas, solo abandona la relación cuando está segura de que tiene otra persona “que la cuide”. La siguiente relación sigue el mismo patrón de dependencia e inestabilidad emocional. La peritada relata que la relación sentimental también termina derivando en una dinámica de maltrato. Durante estos años se mantienen los intentos autolíticos, existiendo en el historial psiquiátrico y psicológico antecedentes de ansiedad y depresión. A pesar de los indicadores de disfuncionalidad en la esfera personal y relacional, la peritada presenta una buena adaptación en el plano laboral, siendo autónoma y resolutiva en sus trabajos.

Ya con 30 años, refiere que a través de una amistad toma contacto con el mundo de la prostitución de lujo. Al poco tiempo su nueva pareja se convierte en su proxeneta, viéndose obligada a crear material que posteriormente distribuyen sin su permiso y a acostarse con hombres, incluso cuando ella no quiere, no teniendo control sobre las ganancias. Dentro de este paradigma vuelve a cristalizarse una dinámica de abuso emocional.

5. Dinámica laboral y eclosión del conflicto

La peritada trabaja como administrativa en el sector privado. Describe un puesto altamente estresante y con baja delimitación de roles y tareas. En un primer momento, la relación con su superior es estrictamente profesional, pero con el paso del tiempo entablan una amistad. En el contexto de esta amistad su superior va conociendo paulatinamente aspectos de la vida de la peritada. La relación se vuelve estrecha y debido a las dificultades y vulnerabilidad de la peritada, su superior se convierte en una figura de apoyo “incondicional” muy importante desde el punto de vista emocional.

La peritada señala, como punto de inflexión, que dentro de ese marco de confianza, en un momento dado, decide contarle su actividad dentro del mundo de la prostitución. A partir de ese momento la peritada refiere que la relación cambia completamente, pasando de ser una relación casi paternalista de amistad y apoyo emocional a un “acoso y derribo” asociado a comentarios, insinuaciones e invitaciones de naturaleza sexual. La peritada describe que, durante más de medio año (casi a diario) y de forma paulatina pero constante, su superior realiza bromas “subidas de tono”, invade su privacidad, realiza comentarios sexuales sobre su físico y su ropa, le hace comentarios sobre fotos públicas de sus redes, la hace regalos con clara connotación sexual (ropa, consoladores...), acude a los mismos sitios liberales en los que la peritada trabaja, insiste en la realización



de masajes, le enseña imágenes de contenido sexual (incluyendo una foto de “su miembro”), le verbaliza “que le pone mucho”, “que se masturba pensando en ella”, se producen acercamientos físicos no deseados ni consentidos, etc.

6. Exploración psicopatológica

Durante la exploración, la peritada se muestra colaboradora, estableciendo buen *rapport* con el evaluador. Se encuentra bien orientada en espacio y tiempo, con un nivel adecuado de conciencia y sin alteraciones atencionales. Tampoco se evidencian alteraciones en la percepción o en imágenes mentales. No se aprecian dificultades para situar hechos en el tiempo. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo. El lenguaje utilizado es apropiado y adecuado al nivel educativo. No hay alteración del contenido ni curso del pensamiento. Presenta una adecuada abstracción y capacidad de *insight*.

A nivel emocional se muestra eutímica pero visiblemente afectada cuando describe parte de la narrativa asociada al contexto laboral. La peritada impresiona sentimientos de decepción, impotencia y culpa por no haber sabido poner límites a las conductas de su superior, a pesar de pensar y sentir que no eran adecuadas y le generaban rechazo. Su discurso es coherente y su reactividad emocional congruente. Presenta muy baja autoestima, indefensión y desesperanza, aunque, en triangulación con información clínica, se aprecia una gran mejoría frente a su estado meses atrás. En el momento de la evaluación acude a terapia psicológica (intervención cognitivo conductual) y está reduciendo la medicación. La peritada, durante la evaluación, muestra cierta tendencia a la atribución interna asociada a rasgos de autopunición, así como una minimización y normalización de ciertas dinámicas asociadas a la esfera íntima: le cuesta identificar qué es adecuado y qué no, sobre todo cuando tiene confianza con la otra persona. Se observa una respuesta de hipervigilancia defensiva y desconfianza asociada a una situación de tensión mantenida en el tiempo en el trabajo.

La peritada posee claridad expositiva y emotividad congruente. El discurso es consistente (interno y externo). Existe una persistencia en las declaraciones (en contexto de evaluación forense). El indicio cognitivo posee detalles específicos (periféricos y sensoriales) y engloba dimensiones de su experiencia subjetiva. El discurso en relación a la problemática descrita es seguro, posee una adecuada concreción e incluye aspectos positivos y negativos, es decir, verbaliza tanto los aspectos que favorecen su tesis como los que no (es muy específica con las conductas de acoso descritas, no existiendo un discurso tendente a exagerar la intensidad o frecuencia de las mismas). La peritada presenta una red de apoyos escasa. No refiere hábitos tóxicos en la actualidad. La peritada posee un amplio historial de antecedentes psiquiátricos.

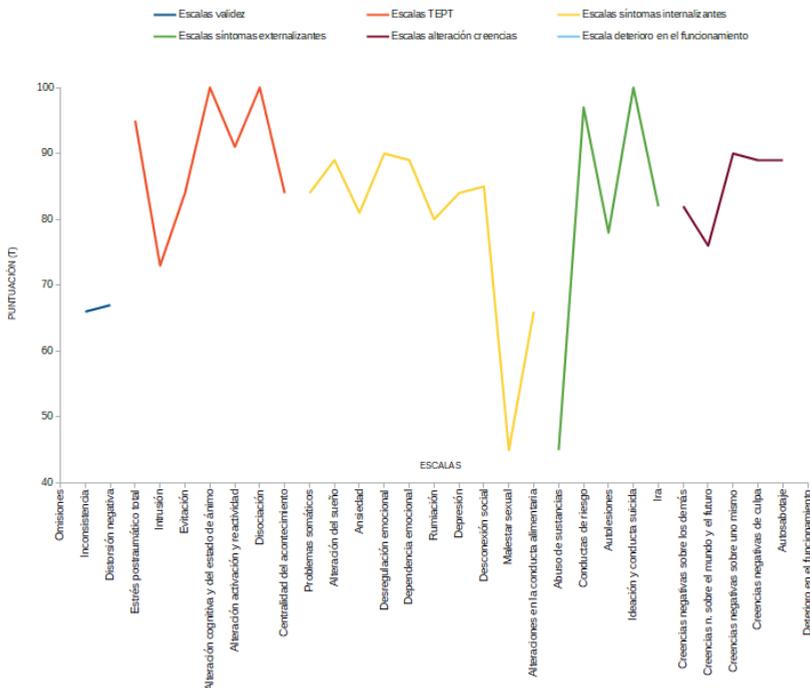


Integración de resultados

La información obtenida en las pruebas administradas pone de relieve un perfil psicométrico de elevada congruencia y consistencia interna. Mediante la triangulación de las escalas de validez, el estudio de la documental y las entrevistas se concluye que no hay indicadores de simulación ni de exageración de síntomas (triangulando los resultados del SIMS y las escalas de validez del PAI y el MMPI 2 RF).

Desde un punto de vista psicopatológico, en el análisis del PAI, el MMPI 2 RF y el CIT, destacan indicadores de naturaleza postraumática y desajustes emocionales (ver figura 1): sintomatología depresiva, quejas somáticas, ansiedad, ideación suicida, suspicacia e hipervigilancia reactiva, pensamientos intrusivos, evitación experiencial, dificultades para dormir, desregulación emocional y una visión negativa de sí misma y del mundo (esquemas). Esto implica que la peritada experimenta una profunda tristeza y estado de tensión emocional permanente, sentimientos de culpabilidad y de vacío, indefensión y un profundo sentido de vulnerabilidad, pudiendo existir ideación autolítica en momentos de desregulación. La sintomatología descrita es compatible con la vivencia de eventos interpersonales de alto potencial traumático.

Figura 1. Resultados del CIT





El estudio de la personalidad (ver figuras 2 y 3) pone de relieve puntuaciones muy elevadas en neuroticismo, constructo compatible con una tendencia estable y consistente (en el tiempo y en diferentes contextos) a experimentar inestabilidad emocional, emociones desagradables, impulsividad, vacío y vulnerabilidad, lo que puede traducirse en respuestas defensivas de hostilidad (agente de vulnerabilidad).

Figura 2. Factores de NEO PI R

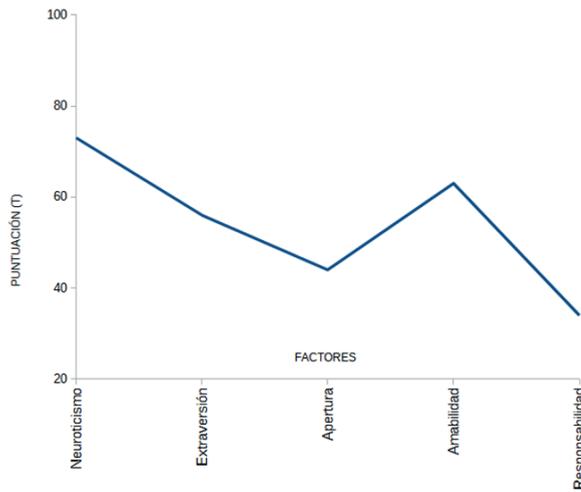
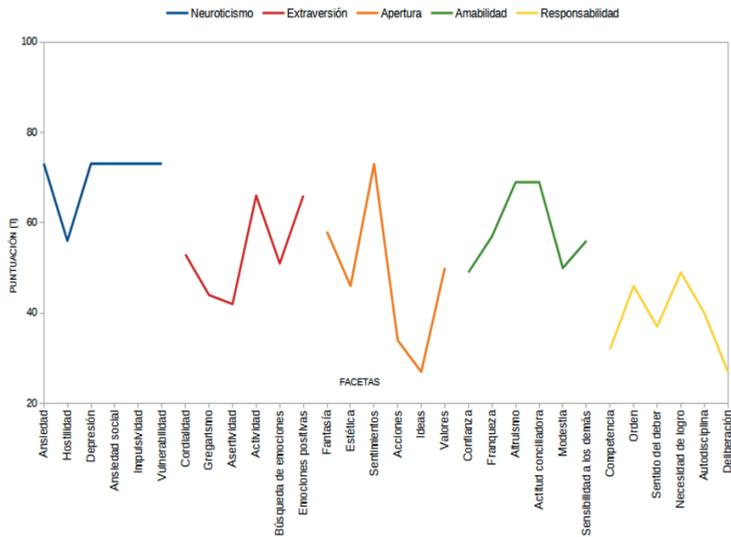


Figura 3. Facetas NEO PI R





Es habitual que la peritada experimente sentimientos de vergüenza y culpabilidad y un profundo miedo al abandono (esfuerzos para evitarlo-dependencia emocional) y sentimientos de vulnerabilidad en las relaciones interpersonales. Presenta habitualmente un bajo concepto de sí misma. Tiene una vivencia de las relaciones intensa e inestable. Desde un enfoque dimensional, las entrevistas y las puntuaciones obtenidas en las pruebas que miden el constructo personalidad convergen en perfilar una estructura (dimensional) de personalidad con rasgos límites.

En relación a los resultados del CRI-A para valorar las estrategias de afrontamiento desarrolladas, la peritada presenta estrategias de naturaleza evitativa, es decir, dirigidas a la regulación emocional: evitación cognitiva (percentil:75), aceptación o resignación (percentil: 95) y descarga emocional (percentil: 80). Aunque estas estrategias a corto plazo tienen un valor adaptativo (generan alivio) a largo plazo pueden mantener el problema. Este tipo de afrontamiento es habitual en personas con una historia de victimización interpersonal y sentimientos de indefensión. La historia de aprendizajes de estos sujetos conlleva una baja expectativa de éxito y a menudo la vivencia de patrones de abuso emocional e incontrolabilidad, por lo que dirigen sus esfuerzos a evitar el sufrimiento más que a solucionar un problema (ante las bajas expectativas de poder hacerlo) (Dujó, González-Trijueque, Graña-Gómez y Andreu, 2020; Dujó *et al.*, 2022).

Desde un punto de vista laboral, analizando los resultados del JSS se aprecia un elevado estrés laboral (índice de estrés laboral: Percentil:90; índice de presión laboral: Percentil:90; falta de apoyo de la organización: Percentil:95) y algunas estrategias puntuales asociadas al acoso laboral reflejadas en el LIPT 60 (Desprestigio personal: Percentil en población no acosada: 90; Percentil en población acosada: 60), sin que se cumplan los criterios necesarios para considerar que se da esta dinámica en términos de duración, frecuencia y sistematicidad. Sin embargo, las entrevistas, la documental y la recogida de información cualitativa ponen de relieve una serie de conductas de acoso sexual de intensidad moderada que sí poseen la frecuencia y sistematicidad suficientes para considerar que se trata de una dinámica con un potencial lesivo significativo.

A través del análisis cualitativo del cuestionario HOSEL, se han recabado indicadores de acoso sexual, en esencia de componente verbal (PD: 24), emocional (PD:30) y ambiental (PD:19). Aunque en un primer momento la peritada, debido al carácter enmascarado de las bromas, pudiera relativizar y no poner límites por miedo, ambivalencia y tendencia a la minimización y normalización, las conductas manifiestas implican una atención sexual no deseada ni consentida. Se describen insinuaciones sexuales molestas, peticiones verbales encubiertas, presentación de objetos e imágenes pornográficas, chistes, observaciones sexuales, comentarios sobre el cuerpo o la sexualidad y comentarios



obscenos. Asimismo, y de manera puntual, se producen acercamientos no deseados, roces con el cuerpo (tocarla el culo, tocarla con connotación sexual el cuello, etc.) y comportamientos asociados a la interacción social (presentarse en el mismo lugar donde sabe que la peritada desarrolla prácticas sexuales e invitaciones insistentes para hacer planes a solas, aunque la peritada diga que no). Todo lo expuesto es compatible con un acoso sexual ambiental con la suficiente frecuencia, duración y sistematicidad como para crear un ambiente hostil, un entorno humillante y una tensión emocional permanente en la peritada con un claro potencial de desestabilización. En este sentido, se cumplen tres criterios fundamentales: comportamientos de carácter sexual, la conducta no es deseada y es ofensiva y dicha conducta, por sumación, es decir, con el paso del tiempo y la repetición, configura un entorno humillante para quien lo sufre.

7. Impresión diagnóstica

6B41. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo [CIE-11; OMS, 2018]. Este trastorno se caracteriza por reexperimentación, evitación de pensamientos y recuerdos relacionados con el acontecimiento, hipervigilancia y aumento de la activación, problemas severos y generalizados en la regulación del afecto, creencias persistentes acerca de uno mismo, acompañadas de sentimientos profundos de vergüenza, culpa, minimización o fracaso y dificultades persistentes para mantener relaciones, basándose estas relaciones en una sensación de peligro/vulnerabilidad. Puede presentar ideación suicida, labilidad emocional, asunción de riesgos y alteración en los esquemas mentales: pérdida de sentimientos de seguridad y desesperanza. En el momento de la evaluación existe una mejoría asociada al tratamiento psiquiátrico y psicológico recibido (modulación de la expresión psicopatológica).

8. Formulación forense

La peritada parte de unas vivencias de victimización temprana (abuso sexual intrafamiliar) y un modelo familiar disfuncional caracterizado por la presencia de dinámicas de violencia, en esencia física y psicológica. Esto implica la creación de esquemas de desprotección y falta de seguridad a consecuencia de, por un lado, un padre autoritario y negligente desde el punto de vista afectivo, y por otro, una figura materna vulnerable (víctima de las dinámicas violentas) que termina abandonando el núcleo familiar. Estas vivencias forjan esquemas de inadecuación personal, culpa, vergüenza, miedo al abandono y visión de un mundo inseguro, lo que activa la necesidad de encontrar relaciones de protección y validación. La peritada busca en sus relaciones sentirse querida y protegida para

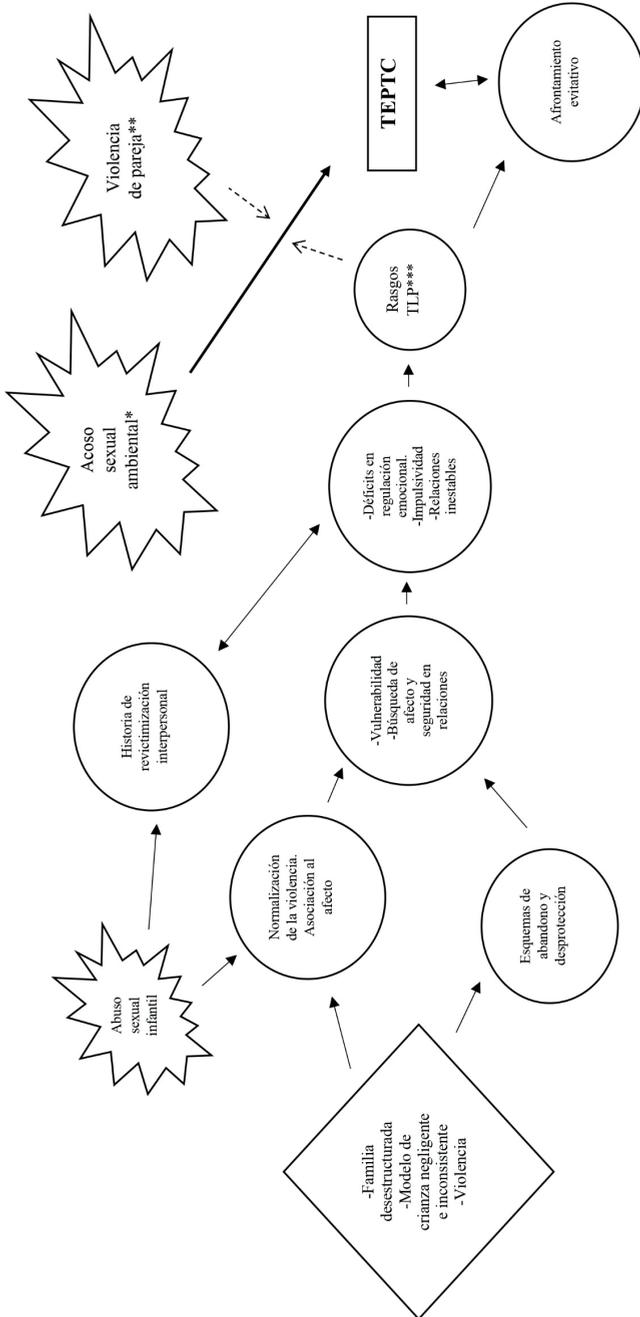


neutralizar la creencia de que “no merece ser querida”, o de que “nadie la va a querer” si ni siquiera lo han hecho figuras primarias de apego. La vivencia de experiencias traumáticas impacta en la esfera de la regulación emocional y el sentido de eficacia, valor personal e indefensión. Esta historia de aprendizajes conlleva sentimientos de vulnerabilidad y la necesidad de que terceras personas le aporten seguridad y afecto, lo que favorece patrones de dependencia emocional. La tendencia a la desregulación ante la vivencia de miedo, inseguridad o abandono implica un patrón de dependencia hostil y la ausencia de recursos personales para afrontar estados emocionales intensos, lo que deriva en respuestas de ansiedad y conductas autolesivas para regularse (alivio [Refuerzo-] y control [Refuerzo+]). Estos factores la convierten en una persona muy vulnerable a patrones de abuso emocional y maltrato, ya que no solo presenta sesgos de minimización y normalización, porque lo ha vivido desde pequeña, sino que no cuenta con las herramientas para defenderse debido a la tendencia a la infravaloración y la culpabilidad (indefensión). El miedo al abandono y la soledad son más fuertes que el sufrimiento provocado por dinámicas abusivas en la relación. Además, este tipo de dinámicas abusivas esconden expectativas de cambio en el agresor, atribución interna y la idea de que el amor convive con el sufrimiento.

En el momento en el que comienzan a darse las dinámicas de acoso sexual en el trabajo, la peritada está pasando por una situación de abuso emocional en la pareja. Si tenemos en cuenta la falta de apoyo social y que el trabajo era la única vía de escape, o entorno normalizado, se entiende el valor que puede tener para una persona revictimizada y vulnerable el apoyo de una figura como su superior (*a priori* genuino y sin intencionalidad sexual). Esta figura se convierte en un pilar fundamental de sostén emocional (ya que no tiene otro) por lo que cuando comienzan a darse las conductas de acoso se produce una ambivalencia (conviven en la peritada gratitud y afecto con la incomodidad y sentimientos de humillación e invasión personal). La baja autoestima y la falta de valor personal desdibujan los límites de lo permitido, por lo que le cuesta identificar qué conductas son adecuadas y cuáles no y, además, cuando las identifica, no sabe cómo actuar, experimentado un bloqueo y una evitación (intenta normalizar la situación). La dificultad para el manejo de la situación no solo está condicionada por sus esquemas de normalización y minimización (“Si toda la vida han abusado de mí, ¿hasta qué punto ese tipo de comentarios o conductas son inapropiadas o no son culpa mía?”), sino que también interviene, sino que también interviene el poder formal (miedo a perder el trabajo) e informal (información de naturaleza personal y conocimiento de la vulnerabilidad de la peritada) por parte de su superior.



Figura 4. Modelo psicopatológico



*Estrésor principal-precipitante
 **Concausa situacional simultánea
 ***Tendencia estable y consistente (en el tiempo y en diferentes contextos) a experimentar inestabilidad emocional, emociones desagradables, impulsividad, vacío y vulnerabilidad, lo que puede traducirse en respuestas defensivas de hostilidad. Es habitual que experimente sentimientos de vergüenza y culpabilidad y un profundo miedo al abandono (esfuerzos para evitarlo-dependencia emocional) y sentimientos de vulnerabilidad en las relaciones interpersonales. Presenta habitualmente un bajo concepto de sí misma. Tiene una vivencia de las relaciones intensa e inestable. Alta desregulación emocional.

Las líneas discontinuas representan correlación/modulación



La dinámica descrita en el trabajo posee por sumación la duración, frecuencia y sistematicidad suficiente para crear un clima de humillación y desgaste emocional. La peritada vive una situación de abuso en su casa, pero cuando acude al trabajo también experimenta un estado de permanente tensión, lo que termina por desgastar sus mecanismos de afrontamiento, al ser una situación aversiva de la que es difícil escapar. Esta acumulación de situaciones potencialmente desestabilizadoras impacta negativamente en el estado psicológico de la peritada,.

Es decir, para entender la expresión psicopatológica (el daño psíquico) se han de tener en cuenta tanto la vivencia de violencia en pareja, como la situación laboral descrita, ya que son dos estresores que conviven en el tiempo y tienen entidad propia desde el paradigma del trauma. La situación laboral descrita finalmente precipita el cuadro psicopatológico. No es suficiente para explicar la gravedad de lesión psíquica, pero sí necesaria.

9. Discusión forense

9.1. Determinación de la capacidad traumática del estresor

La dinámica descrita por la peritada es compatible con la siguiente categorización del acoso sexual en el trabajo (Dujo, González-Trijueque y García-López, 2019; Dujo *et al.*, 2022; Instituto de la Mujer e Igualdad de Oportunidades de España, 2015):

- Abuso de poder formal (por la jerarquía y relación funcional en el trabajo) e informal (por la vulnerabilidad emocional, económica y social de la trabajadora).
- Acciones de contacto físico deliberado no consentido ni solicitado (roces, acercamiento, tocamientos puntuales, etc.).
- Invitación a actividades lúdicas y tiempo de ocio.
- Invitaciones impúdicas.
- Insinuaciones sexualizadas.
- Regalos con connotación erótica.
- Bromas de mal gusto continuas.
- Comentarios sexualizados sobre el físico y la ropa.
- Exposición de fotografías, imágenes o videos de naturaleza sexual.



La vivencia subjetiva relatada y la información documental aportada son compatibles con una dinámica de acoso sexual ambiental en la medida en que se degrada el ambiente laboral de la peritada, con el añadido de que la relación ambivalente de afecto y amistad que mantiene con su superior enmascara la gravedad de las acciones, debido a los sesgos de minimización y normalización que posee la peritada fruto del historial de revictimización. Si ya de por sí cualquier persona que está expuesta a este patrón está ante una dinámica de riesgo para padecer desajustes psicopatológicos, en el caso de la peritada, al existir una fragilidad predisponente y concausas situacionales simultáneas, la expresión psicopatológica es mayor (diagnóstico de TEPT-C). La capacidad lesiva del acoso (en términos cualitativos y cuantitativos: frecuencia, duración e intensidad) es suficiente para crear un desajuste psicológico en cualquier persona (dinámica potencialmente estresora). Lo que puede variar es la gravedad, siendo necesario un análisis de la proporcionalidad entre el estresor y la lesión.

9.2. Acerca del estado psicológico de la persona peritada y estimación de causalidad

La peritada presenta un TEPT-C, diagnóstico que, por definición, es de naturaleza reactiva. Dicho trastorno es compatible con el estresor experimentado en la medida en que en la matriz correlacional se contemplan la historia de victimización de la peritada como variable predisponente y el acoso sexual ambiental como variable necesaria y precipitante (hipótesis basada en el supuesto de cuantificación e hipótesis basada en el supuesto de semejanza) (Muñoz, 2013). Basándonos en las teorías traumatogénicas y de diátesis-estrés, se han de tener en cuenta todos los factores pretraumáticos que puedan participar en la expresión psicopatológica, sobre todo cuando no hay proporcionalidad entre la dinámica lesiva y la lesión psíquica. En este caso, la vivencia en el trabajo interacciona con el estado previo de la peritada (revictimización y personalidad como agentes de vulnerabilidad), contribuyendo a que se desencadene la sintomatología postraumática (ver tabla 2) (Golier *et al.*, 2003).

El estudio longitudinal pone de relieve clústeres de síntomas diferenciados, siendo la vivencia en el trabajo un factor precipitante (criterio cronológico de causalidad). Los grupos de síntomas diferenciados (entendiendo el TEPT-C y el TLP como entidades separadas, aunque relacionadas) perfilan un grupo de indicadores asociados a una estructura de personalidad límite: identidad desdibujada, pobre sentido del *self*, esfuerzos por evitar el abandono, relaciones interpersonales inestables e intensas (euforia asociada a nuevas relaciones) e impulsividad y déficits en la regulación (relacionada a su vez con autólisis). Tras la vivencia laboral se identifican síntomas disociativos, exacerbación de la desregulación emocional, indefensión, desesperanza, ideación suicida, incremento de la activación y reactivi-



dad, pesadillas, somatizaciones, patrón evitativo (Echeburúa y Amor, 2018; Rubin, Berntsen y Boals, 2008), alteración del sistema de significados, ruptura de esquemas (autopercepción-futuro-mundo) (Janoff-Bulman, 1992) y un deterioro funcional significativo. También se han identificado déficits en el procesamiento emocional de la situación (factor postraumático trabajado en terapia) (Bryant, Friedman, Spiegel, Ursano y Strain, 2011) y aumento de la posición de vulnerabilidad frente a sí misma y frente al presunto sujeto activo del acoso (ruptura del vínculo, negación por parte de este) (Villacampa, Cerezo y Gómez-Gutiérrez, 2019).

Tabla 2. Planteamiento de las hipótesis de trabajo.

<p>SIMULACIÓN</p>	<p>Hipótesis 1: no hay indicadores de simulación/exageración Hipótesis 2: Posible exageración de síntomas/metasimulación</p>	<p>Tras el estudio de la documental, las entrevistas y las pruebas administradas se acepta la <i>hipótesis número 1</i>. No se han encontrado indicadores compatibles con simulación ni en la observación ni en las entrevistas. Todas las escalas de validez de las pruebas descartan un intento por exagerar los síntomas. Además, la sintomatología de la peritada esta objetivada por otros profesionales y guarda consistencia longitudinal.</p>
<p>DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD TRAUMÁTICA DEL ESTRESOR</p>	<p>Hipótesis 1: Se trata de una dinámica de acoso sexual ambiental con potencial lesivo Hipótesis 2: Se trata de una dinámica de acoso sexual ambiental con bajo potencial lesivo</p>	<p>El análisis cualitativo y cuantitativo del patrón referido por la peritada y la documentación aportada (emails, <i>WhatsApp</i>, etc..) perfilan una dinámica con la frecuencia, duración y sistematicidad suficiente para generar un clima laboral tenso y hostil. La naturaleza de las conductas es, en esencia, sexual implicando acercamientos y tocamientos no deseados, insinuaciones, comentarios sexualizados sobre el físico de la peritada, intromisión en su vida, ofrecimientos sexuales, etc. El potencial lesivo no es traumático, pero sí potencialmente estresante. Por lo tanto, se acepta la <i>hipótesis número 1</i></p>



**ESTADO
PSICOLÓGICO
Y CAUSALIDAD**

Hipótesis 1: la vivencia en el trabajo es suficiente para explicar el diagnóstico

Hipótesis 2: la vivencia en el trabajo no es suficiente para explicar el diagnóstico ya participan otras concausas

El estudio longitudinal de la sintomatología pone en valor que la dinámica laboral precipita sintomatología post-traumática no presente anteriormente, no pudiendo ser explicada desde una descompensación asociada a los rasgos límites. El diagnóstico no es proporcional al potencial lesivo del estresor, por lo que para explicar el TEPT-C se han de tener en cuenta las variables predisponentes (factores de vulnerabilidad) y las concausas situacionales. Por lo tanto, se acepta la *hipótesis 2*.

La sintomatología descrita es compatible con una variable próxima y desencadenante como es el acoso sexual ambiental. Esto conlleva en la peritada una respuesta al estrés caracterizada por una evaluación constante de la situación como medio de afrontamiento, un aumento de la activación del organismo para hacer frente a las demandas y el desarrollo de estrategias de afrontamiento (de regulación emocional) (Crespo y Labrador, 2003). En cuanto al curso de la sintomatología, como se ha señalado, es de naturaleza reactiva a la vivencia de una situación potencialmente lesiva (Dujo *et al.*, 2022; Villacampa *et al.*, 2019).

Dentro del análisis de los factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos se han encontrado como principales factores de vulnerabilidad psicológica la personalidad base (como agente de vulnerabilidad) asociada a la victimización temprana (abuso sexual infantil) y consolidada a través de otras vivencias de victimización interpersonal durante la adolescencia y etapa adulta. Destaca la concausa simultánea relacionada con su relación de pareja en el momento en que se produce la dinámica laboral. Esta relación de pareja se caracteriza por un abuso emocional vertebado en prácticas sexuales (falta de consentimiento libre como elemento central) y patrones de control y sometimiento.

A pesar de la gravedad de la sintomatología, la evolución de la peritada en los últimos meses es positiva, mejorando su funcionamiento en sus diferentes esferas vitales. En este sentido, se destacan los siguientes factores de protección (Carrobles y Benevides, 2009; Rojas, 2010; Vázquez, Castilla y Hervás, 2009): apoyo social percibido (poco, pero más presente en los últimos meses), sentido del humor, estrategias de reinterpretación positiva de situaciones adversas, implicación activa en un proyecto de vida y existencia de un propósito significativo en la vida. Estos factores de protección quedan englobados en el trabajo terapéutico que sin duda ha amortiguado la expresión psicopatológica, favoreciendo una remisión de los síntomas y una mayor funcionalidad en la peritada.



Las características psicológicas de la persona peritada (asociadas a su historia de aprendizajes) implican una gran dificultad para identificar conductas inadecuadas de naturaleza íntima y sexual, ya que en su historia vital existen numerosos episodios de abuso perpetrados por personas que representaban figuras de protección y seguridad, lo cual supone la existencia de esquemas ambivalentes donde se normaliza que personas que ocupan un rol de cuidadores o de cuidado afectivo sean personas que abusen o rompen los límites de la intimidad. En ese sentido, aunque la peritada pudiera sentir incomodidad por la repetición de conductas no deseadas, puede presentar verdaderas dificultades para identificar (minimización y normalización) y expresar, desde la asertividad, su descontento, así como poner límites. En primer lugar, por miedo a que se rompa la relación dentro de un paradigma de dependencia emocional, y en segundo lugar por el propio bloqueo que puede experimentar. Si, además, como es el caso, ha expresado su descontento y se han seguido produciendo las conductas, es muy posible que ponga en duda su propio criterio y malestar, se culpe o asuma una postura de evitación y resignación o que incluse normalice y acepte el abuso, mientras ese sea el precio a pagar por seguir recibiendo afecto de la persona.

En base a todo lo expuesto, se determina que el estresor descrito por la peritada es compatible con un acoso sexual ambiental que, aunque tiene el potencial suficiente para producir un desajuste en quien lo experimenta, no explica la gravedad sintomatológica. Por lo tanto, el estresor es necesario y precipitante pero no causa suficiente, ocupando las concausas personales y situacionales un papel clave en la génesis y gravedad del trastorno (criterio etiológico). El cuadro psicopatológico descrito es compatible con un TEPT-C: esto implica desregulación afectiva, ideación suicida, alteraciones de la atención y conciencia (disociación), tristeza, ansiedad, ruptura de esquemas interpersonales y de identidad y patrón evitativo (criterio topográfico). El desajuste psicológico en la peritada se produce a raíz de la problemática laboral. Esto que implica que, aunque existen factores de vulnerabilidad (concausas), es la dinámica laboral la que precipita (*trigger*) la ruptura psicológica, agravando el estado previo de la peritada (criterio cronológico de semiología diferencial y gravedad).

La gravedad del daño psíquico queda explicada por la suma de la vivencia en el trabajo, las circunstancias y la propia vulnerabilidad personal, siendo el acoso sexual ambiental una dinámica que atenta directamente sobre aquellos aspectos en los que la peritada presenta mayor fragilidad, por eso la expresión psicopatológica es tan intensa. El acoso sexual ambiental precipita un desajuste psicológico que perfila una ruptura funcional y la aparición de sintomatología postraumática no presente anteriormente (ver figura 1). A su vez, el trabajo terapéutico como variable de protección facilita la remisión de la sintomatología, aunque en el momento de la evaluación persista la fractura en los esquemas. El curso de la psicopatología es compatible con la secuencia de acontecimientos (criterio de continuidad sintomatológica).



10. Conclusiones

El perito firmante del presente informe pericial psicológico ha redactado el contenido del mismo con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SS^a y al Tribunal que corresponda, se emiten las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Tras la evaluación realizada se determina que la peritada presenta un 6B41. Trastorno de Estrés Postraumático Complejo [CIE-11; OMS, 2018]. Destacan indicadores de naturaleza postraumática (reactivos) y desajustes emocionales: sintomatología depresiva, quejas somáticas, ansiedad, ideación suicida, suspicacia e hipervigilancia reactiva, pensamientos intrusivos, evitación experiencial, dificultades para dormir, desregulación emocional y una visión negativa de sí misma y del mundo. Esto implica que la peritada experimenta una profunda tristeza y estado de tensión emocional permanente, sentimientos de culpabilidad y de vacío, indefensión y un profundo sentido de vulnerabilidad, pudiendo existir ideación autolítica en momentos de desregulación. No hay indicadores de exageración de síntomas o simulación.

SEGUNDA: En relación al estudio de los factores de protección y vulnerabilidad, la peritada presenta una historia de revictimización, indicadores psicopatológicos previos, rasgos límites y falta de apoyos. Estos factores de vulnerabilidad son necesario para explicar la gravedad de la lesión psíquica. Asimismo, factores de protección como acudir a terapia, tener un propósito vital y un afrontamiento de las dificultades cotidianas (resiliencia) suponen variables que modulan (amortiguan) el daño, favoreciendo una preservación de la funcionalidad.

TERCERA: El estresor descrito es compatible con un acoso sexual ambiental (dinámica potencialmente estresante). La duración, frecuencia y sistematicidad son suficientes para crear un clima de humillación y tensión emocional en la peritada, con una capacidad lesiva moderada (en términos cualitativos, cuantitativos y por la vinculación con el presunto perpetrador). En este sentido, se cumplen tres criterios fundamentales: comportamientos de carácter sexual, la conducta no es deseada y es ofensiva y dicha conducta, por sumación, es decir, con el paso del tiempo y la repetición, configura un entorno humillante para quien lo sufre.

CUARTA: La aproximación probabilística a la causalidad señala que la lesión psicológica objetivada no puede explicarse solo a partir de la vivencia en el trabajo. Para entender la gravedad de la expresión psicopatológica debemos contemplar los factores de vulnerabilidad (concausas personales de predisposición) y la vivencia de abuso en la pareja (concausa situacional simultánea). Esto implica que la vivencia en el trabajo es una causa precipitante y necesaria, pero no suficiente.



QUINTA: Se han identificado números factores que convierten a la peritada en una persona vulnerable desde el punto de vista emocional. La historia personal de victimización en la infancia, la vivencia de violencia en sus diferentes relaciones, la experimentación de explotación sexual y violencia de forma simultánea a las dinámicas descritas en el trabajo y la falta de recursos personales y de apoyo social son factores de riesgo para nuevas victimizaciones (*victimogénesis*) y, además, son variables a tener en cuenta a la hora de entender el sentir subjetivo de la peritada y su dificultad para identificar conductas inapropiadas y enfrentarse a ellas (bloqueo, miedo, indefensión). Además, la posición de poder formal e informal de su superior aumentan el desequilibrio de poder ente ambos, acrecentando el componente de vulnerabilidad.

SEXTA: Se recomienda que la peritada continúe en tratamiento psicológico, ya que dicho recurso modula en términos positivos la expresión psicopatológica.

11. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Madrid, España: Panamericana.
- Bolton, E.E., Mueser, K.T. y Rosenberg, S.D. (2006). Symptom correlates of posttraumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47; 357–361. doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.12.002
- Bornovalova, M.A., Huibregtse, B.M., Hicks, B.M., Keyes, M., McGue, M. y Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 180–194. doi.org/10.1037/a0028328
- Bryant, R.A., Friedman, M.J. Spiegel, D., Ursano, R. y Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 802–817. doi.org/10.1002/da.20737
- Carrobbles, J.A. y Benevides, A. M. (2009). El estrés y la psicología positiva. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363–374). Madrid: Pirámide.
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. y Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent pro-



- file analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706.
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Weiss, B., Carlson, E. B. y Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25097. doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Hughs, D.C., Swartz, M.S., Blazer, D.G. y George, L.K. (2002). The impact of borderline personality disorder on post-traumatic stress in the community: a study of health status, health utilization, and functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 43; 41–8. doi.org/10.1053/comp.2002.29846
- Cordero, A. Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). *NEO-PI-R, Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R). Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M. y Santamaría, P. (2020). *CIT. Cuestionario de Impacto del Trauma*. Madrid: TEA Ediciones.
- Crespo, M. y Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- De Aquino, L. F., Pereira, F. H. Q., Benevides, A. M. L. N. y Melo, M. C. A. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Bera RC, Wulff H, Ratzka, S. (2002). Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? The state of research (in German). *Nervenarzt*, 73; 820–829. doi.org/10.1007/s00115-002-1296-1
- Dujo, V., González-Trijueque, D. y García-López, E. (2019). Violencia Sexual, Física y Psicológica en el trabajo. En García-López, E. (Ed.), *Psicopatología de la Violencia: Aspectos jurídicos y evaluación criminológica*. Ciudad de México: Manual Moderno, 266–309.
- Dujo, V., González-Trijueque D., Graña, J.L. y Andreu, J.M. (2020). A Psychometric Study of a Spanish Version of the Negative Acts Questionnaire-Revised: Confirmatory Factor Analysis. *Frontiers in Psychology* 11:1856. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01856
- Dujo, V., González-Trijueque, D. y Graña-Gómez, J.L. (2022). *Manual de psicología forense en el ámbito laboral: conceptos, metodología y aplicaciones*. Pirámide.



- Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2018). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71-80.
- Ford, J. D. y Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 16. doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9
- Frías, A., Palma, C., Farrriols, N., González, L. y Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health* 10, 274-284. doi.org/10.1002/pmh.1348
- Frías, A. y Palma, C. (2014). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*, 48(1), 1-10. doi.org/10.1159/000363145
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., Silverman, J.M. and Siever, L.M. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024. doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018
- González de Rivera, J.L. y Rodríguez-Abuín, M.J. (2005). *Cuestionario de estrategias de acoso en el trabajo. LIPT-60*. Madrid: EOS.
- González-Ordi, H. y Santamaría, P. (2015). *SIMS, Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gunderson, J.G. y Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150(1):19e27. doi.org/10.1176/ajp.150.1.19
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M. y Cloitre, M. (2019). Examining the discriminant validity of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms: Results from a United Kingdom population sample. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 855-863. doi.org/10.1002/jts.22444
- Instituto de la Mujer e Igualdad de Oportunidades de España (2015). *Manual de referencia para la elaboración de procedimientos de actuación y prevención del acoso sexual y del acoso por razón de sexo en el trabajo*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España.



- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 62; 617–627. doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12):1048e60. doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kirchner, T. y Forns, M. (2010). *CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M... y Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454–477. doi.org/10.1037/abn0000258
- Kuo, J.R., Khoury, J.E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect Journal*, 39, 147–155. doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008
- Muñoz, J.M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 61–69.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª revisión)*. Autor.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, P. (2011). *Adaptación española del PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pagura, J., Stein, M.B., Bolton, J.M., Cox, B.J., Grant, B. y Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1190–1198. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016
- Palic, S., Zerach, G., Shevlin, M., Zeligman, Z., Elklit, A. y Solomon, Z. (2016). Evidence of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) across po-



- pulations with prolonged trauma of varying interpersonal intensity and ages of exposure. *Psychiatry Research*, 246, 692–699. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.062.
- Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M. y Grant, B.F. (2011). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 45; 678–686. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.013
- Preciado, M.L. y Franco, S.A. (2013). Hostigamiento sexual laboral en trabajadores de vigilancia de una empresa electrónica. *e-Gnosis*, 11, 1-17.
- Resick, P.A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S. y Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 239–249. doi.org/10.1002/jts.21699
- Rojas, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa.
- Romero, C. (2021). *JSS. Cuestionario de Estrés Laboral. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rubin, D.C., Berntsen, D. y Boals, A. (2008). Memory in Posttraumatic Stress Disorder: Properties of Voluntary and Involuntary, Traumatic and Non-traumatic Autobiographical Memories in People with and Without Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(4), 591–614. doi.org/10.1037/a0013165
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B. y Dulz, B. (2013). Trauma-related disorders in patients with borderline personality disorders. Results of a multi-center study (in German). *Nervenarzt*, 84; 608–614. doi.org/10.1007/s00115-012-3489-6
- Santamaría, P. (2009). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Scheiderer, E. M., Wood, P.K. y Trull, T.J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2, 11. doi.org/10.1186/s40479-015-0032-y
- Taylor, M. J., Martin, J., Lu, Y., Lundström, S., Larsson, H. y Lichtenstein, P. (2018). Association of genetic risk factors for psychiatric disorders and



traits of these disorders in a Swedish population twin sample. *JAMA Psychiatry*, 76(3):280-289. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3652

Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.

Villacampa, C., Cerezo Domínguez, A.I. y Gómez Gutiérrez, M. (2019). *Introducción a la victimología*. Ed. Síntesis.

Zanarini, M.C., Hörz, S., Frankenburg, F.R., Weingeroff, J., Reich, D.B. y Fitzmaurice, G. (2011). The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124; 349-356. doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01717.x