

MOBBING Y TRASTORNO DELIRANTE: METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN FORENSE DEL DAÑO PSÍQUICO A TRAVÉS DE UN CASO PRÁCTICO

Víctor Dujó López¹

*Doctorando en Psicología forense. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica.
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

El acoso laboral o *mobbing* es un fenómeno psicosocial creciente en nuestra sociedad debido a las consecuencias devastadoras que genera en las víctimas y las organizaciones. Aunque tradicionalmente el *mobbing* ha sido abordado desde la Psicología del Trabajo y las Organizaciones, cada vez tiene mayor presencia en los tribunales. Como consecuencia, la figura del psicólogo forense ha ganado relevancia debido a la necesidad de valorar el daño psíquico y ponerlo en relación con los hechos denunciados. En el presente escrito se describirá el proceso de evaluación pericial de una supuesta víctima de *mobbing*. La evaluación da como resultado el diagnóstico de un Trastorno Delirante compatible con la exposición de la persona peritada a una situación de hostigamiento continuado. El interés y dificultad del presente caso radica en la distinción entre los valores premórbidos de la persona peritada y el daño psíquico valorado. PALABRAS CLAVE: *acoso laboral, daño psíquico, trastorno delirante, victimología, evaluación pericial psicológica.*

Abstract

Mobbing is a growing psychosocial phenomenon in our society as a result of the devastating effects it has on both victims and organizations. While mobbing has usually been addressed by the Psychology of Work and Organizations, it is now increasingly present in the courts. As a result, the role of the forensic psychologist has become more relevant because of the need to assess psychological harm and relate it to the reported events. This paper describes the process of an expert evaluation for an alleged victim of mobbing. The outcome of the evaluation indicates a diagnosis of a Delusional Disorder that is compatible with the exposure of the person assessed to a prolonged harassment environment. The relevance and challenge of the current case lies in distinguishing between the premorbid conditions of the person assessed and the measured psychological damage.

KEYWORDS: *workplace harassment, psychological harm, delusional disorder, victimology, forensic psychological assessment.*

¹ Citar este artículo como: Dujó, V. (2019). Mobbing y trastorno delirante: metodología para la evaluación forense del daño psíquico a través de un caso práctico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 105-125. doi:

¹ Correspondencia: Víctor Dujó López. Doctorando en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Correo electrónico: vdujo@ucm.es

Fecha de recepción del artículo: 15-02-2019

Fecha de aceptación del artículo: 12-05-2019

Introducción

Cuando hablamos de acoso laboral, en adelante *mobbing*, no nos referimos a un conflicto puntual o un problema aislado con un compañero o con la organización. El *mobbing* es un proceso en el que la víctima está expuesta a un conjunto de conductas y actos de naturaleza hostil por parte de uno o varios trabajadores de manera frecuente, reiterada y sistemática con la finalidad de destruir al trabajador (Fidalgo et al., 2009). Necesariamente ha de producirse en el entorno laboral, puede darse en un desequilibrio de poder formal o informal entre las partes (víctima/s, hostigador/es), y a diferencia del resto de riesgos psicosociales, está íntimamente asociado a las relaciones interpersonales (Einarsen et al., 2011).

Los datos de prevalencia son difíciles de consensuar debido a las diferencias culturales y a las diferentes metodologías de medición (Dujo et al., 2019; Pando et al., 2016). Se estima que el *mobbing* en Europa puede situarse en torno al 15 % (Nielsen et al., 2010). La cifra de incidencia en el informe sobre *La violencia y el acoso en el lugar de trabajo en Europa: alcance, repercusiones políticas* es de 14% (Eurofound, 2015), mientras que la *Sexta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo* (Eurofound, 2017), indica una exposición de trabajadores a acoso durante los últimos 12 meses de un 5 %. En España, la cifra de prevalencia señalada por el Barómetro Cisneros es del 13,2 % (Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo - IIEDD, 2009).

El gran interés que ha despertado este fenómeno en las últimas décadas tiene su explicación en el gran impacto negativo que tiene tanto en las víctimas como en las organizaciones (Hassard et al., 2018; Hogg et al., 2019). El crecimiento e impacto social y económico del *mobbing* ha implicado una mayor conciencia en los trabajadores y una cada vez mayor presencia del fenómeno en las agendas preventivas. A pesar de ello, en muchas ocasiones se trasciende la frontera laboral para judicializarse, ocupando el psicólogo forense en este contexto un papel esencial (González-Trijueque, 2007; González-Trijueque et al., 2011a; Horcajo-Gil, Dujo y González-Trijueque, 2017; Muñoz, 2013).

Desde una perspectiva psicolegal, la evaluación del daño psíquico es un proceso estructurado, replicable y de elevadas exigencias técnicas (Ackerman, 2010) cuya función es conectar el funcionamiento psicológico de la presunta víctima con la cuestión jurídica planteada. A este fin se llegará mediante un contraste de hipótesis que guiará nuestra toma de decisiones (Muñoz, 2013). La evaluación pericial del daño psíquico en casos de *mobbing* se basa en tres pilares: a) la valoración del estresor potencialmente traumatizante; b) la evaluación del estado psicológico de la persona peritada; y c) la valoración de la causalidad o la compatibilidad entre el estresor descrito y el daño psíquico (González-Trijueque et al., 2011b). Se debe partir de un “diagnóstico de sospecha” para ir avanzando hacia un “diagnóstico de certeza” al que se llegará tras la valoración de los indicadores clínicos y la determinación del estresor sociolaboral (González-Trijueque, 2007; González-Trijueque, Dujo y Marín, 2015; Padial y de la Iglesia, 2002).

En relación al primer punto (valoración del estresor), el objetivo principal es realizar un “diagnóstico diferencial” para determinar si estamos ante un caso de *mobbing* o ante otro riesgo psicosocial. El testimonio de la presunta víctima como único medio probatorio es una de las principales limitaciones que se encuentra el perito en este tipo de casos (González-Trijueque y Delgado, 2011; Horcajo-Gil et al., 2017). Para poder valorar esta área, el psicólogo empleará entrevistas semi-estructuradas para profundizar en las principales características de los posibles actos compatibles con acoso (naturaleza, intensidad frecuencia, duración, tipo de conductas percibidas etc.), triangulando esta información con instrumentos específicos (NAQ-R, LIPT-60) y terceros informadores y estudio documental. En ningún caso se podrá determinar la existencia de un posible caso de *mobbing* a partir de los resultados aislados de estos cuestionarios (González-Trijueque y Delgado, 2011; Tejero y González-Trijueque, 2011).

En cuanto a la valoración del estado psicológico, el perito debe partir de la diferenciación entre lesión y secuela. Una lesión es una alteración clínica significativa con una afectación funcional variable

(Muñoz, 2013), en cambio, la secuela implica la estabilización o cronificación del desajuste, debiéndose valorar el tiempo transcurrido y la respuesta al tratamiento (Echeburúa et al., 2004). El perito deberá informar sobre el pronóstico y posibilidades terapéuticas (González-Trijueque y Delgado, 2011).

A parte de la naturaleza de las conductas, debemos tener en cuenta la repetición y sistematicidad, ya que el efecto de acumulación aporta el potencial lesivo a un conjunto de conductas hostiles aparentemente anodinas, pudiendo llegar a agravar patologías ya existentes (Trépanier et al., 2015). El fracaso de los mecanismos de afrontamiento desplegados por las víctimas durante el proceso de acoso derivan en sentimientos de indefensión y en la percepción de ser incapaces de lidiar con la situación (Nielsen et al., 2017; Nielsen et al., 2016).

Numerosas investigaciones han puesto de relieve la relación entre psicopatología y *mobbing* (Dujó et al., 2020; Harvey et al., 2017; Theorell et al., 2015; Verkuil et al., 2015). Las manifestaciones clínicas son heterogéneas, pero los trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad, los problemas somáticos, problemas de sueño, indicadores fóbicos y evitativos, sentimientos de fracaso y baja autoestima son los más habituales (Loerbroks et al., 2015; Reknes et al., 2016; Verkuil et al., 2015). A pesar de que *mobbing* no constituye un evento traumático puntual de gran intensidad, se han observado patrones de síntomas propios de un proceso de victimización traumática (Nielsen et al., 2015). No obstante, estos mismos autores especificaron que, debido a las carencias metodológicas existentes, no era viable establecer una relación causa-efecto entre *mobbing* y el Trastorno de Estrés Postraumático. Es habitual que los sujetos expuestos a *mobbing* desarrollen patrones de suspicacia, hipervigilancia e hiperalerta, lo que les puede convertir en sujetos desconfiados, hostiles y susceptibles. La hipervigilancia reactiva por activación (*arousal*) es congruente con el contexto, es decir, susceptible al entorno, en este caso caracterizado por un clima de hostilidad e intimidación (Martínez-Hernández y Medeiros-Ferreira, 2010).

En este sentido Rodríguez-Abuín y González de Rivera (2006), señalan que las víctimas de acoso pueden manifestar patrones depresivos-ansiosos, o en su defecto, hostil-paranoide. Es importante no confundir este conjunto de síntomas reactivos y secundarios a la situación de acoso, con rasgos de personalidad paranoides previos (González-Trijueque et al., 2011b; Piñuel, 2001). También puede darse el caso de que la víctima no desarrolle ningún tipo de sintomatología o cuadro psicopatológico, lo que no implica que no exista un estresor potencialmente traumatizante (perspectiva psicológica) o conducta lesiva (perspectiva jurídica). Esto dependerá de la intensidad del acoso y de las variables individuales y contextuales de la presunta víctima (afrontamiento, vulnerabilidad previa, etc.) (González-Trijueque et al., 2011b).

En este punto es importante resaltar también la diferencia entre daño psíquico y daño moral. El daño moral no es cuantificable desde el punto de vista empírico, es decir, es una valoración jurídica llevada a cabo por el juez que no requiere de la existencia de un daño psíquico. Esto es importante porque, aunque no haya daño psíquico, el informe pericial puede ayudar al juzgador en la valoración del daño moral. Valorar el daño moral es competencia del jurista, no del psicólogo (González de Rivera y García-López, 2003; González-Trijueque y Delgado, 2011).

En la evaluación forense del daño psíquico siempre debemos descartar simulación (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; González de Rivera y López-García, 2003) a través de la triangulación de la información y el modelo multimétodo-multifuentes (pruebas específicas de simulación, escalas de validez, observación y estudio de la documental) (Muñoz, 2013), y descartar vulnerabilidad previa de cara a la existencia de posibles concausas que expliquen la aparición y mantenimiento del daño (González-Trijueque y Delgado, 2011).

Precisamente la valoración del estado premórbido de la presunta víctima es uno de los elementos clave en el establecimiento de la relación de causalidad entre el estresor potencialmente lesivo y el daño (Dujó, 2017). Es el último y el más importante de los pilares que sostienen la evaluación del acoso psicológico. En este sentido, hay que valorar la vulnerabilidad de la víctima para tener una visión ajustada de las posibles variables que pueden modular entre el estresor y el daño (Soria y Garrido, 2005).

Finalmente, se concluirá sobre la compatibilidad entre el daño y el estresor, es decir, si el estresor identificado como *mobbing* es suficiente y necesario para generar el daño. En el caso de que haya otros estresores coexistentes o variables personales que expliquen el daño, se explicara el papel de estas concausas en el proceso (González-Trijueque et al., 2011b).

Objeto de la pericial¹

Se solicita a través del representante legal de la persona peritada la evaluación de su estado psicológico y la posible contingencia con la situación laboral referida (acoso laboral).

Metodología

Entrevistas y observación

Se han realizado 6 sesiones de entrevistas semiestructuradas y observación a la persona peritada con una duración total de 15 horas. Entrevistas a terceros con una duración total de 2 horas.

Pruebas administradas

Pruebas de screening

- *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* / Inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS; Widows y Smith. Adaptación española: Ordi y Santamaría, 2009).

Pruebas clínicas

- PAI. *Personality Assessment Inventory*. Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, 2007; Morey, 2007; adaptación española: Ortiz- Tallo et al., 2011).
- MMPI-2-RF. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form* / Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (Tellegen y Ben-Porath, 2008. Adaptación española: Santamaría, 2009).
- MCMI-IV (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV*). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV. Th Millon, S. Grossman y C. Millon. Adaptación española por el Departamento I+D de *Pearson Clinical & Talent Assessment* en colaboración con M^a. Pilar Sánchez López y Violeta Cardenal Hernaéz. Pearson Educación, 2018.

Cuestionario de personalidad no patológica (valores premórbidos)

- NEO-PI-R. *Revised Neo Personality Inventory*. Inventario de Personalidad NEO Revisado (Costa y McCrae, 2008; adaptación española: Cordero et al., 2008).

Pruebas para la evaluación de estrés y acoso laboral

- JSS. Cuestionario de estrés laboral. (Spielberger y Vagg; adaptación española: Catalina, 2010).
- *Leymann Inventory Psychological Terrorization* / Inventario de Estrategias de Acoso en el trabajo de Leymann (Adaptación española: González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005).

Documentación analizada

Se ha tenido acceso a la información aportada por la interesada y su representante legal. Entre la información analizada destacan numerosos informes asistenciales médicos y psicológicos, tanto privados como de la Seguridad Social, y documentación jurídica relativa a los escritos y declaraciones del procedimiento judicial en el que se encuentra inmersa la persona peritada (Juzgado de los Social).

Antecedentes y situación actual

En el momento de la evaluación la persona peritada se encuentra en situación de desempleo por despido disciplinario (sector hostelería). Refiere que el despido se basa en falsedades, manifestando que lleva sufriendo acoso laboral desde hace más de tres años. Describe una dinámica de comportamientos hostiles basados en denigraciones y humillaciones personales y laborales continuas por parte del jefe de cocina durante años. A raíz de lo expuesto, entra en situación de baja temporal. La peritada manifiesta interponer una demanda que finalmente retira tras hablar con su jefe. Una vez que se da de alta vuelve a su puesto laboral, y tras unos meses de remisión de las conductas descritas manifiesta que vuelve a recibir insultos y vejaciones por parte de sus compañeros. Derivado de esta situación manifiesta de nuevo un empeoramiento de su estado emocional a raíz de una serie de irregularidades e intromisiones en sus teléfonos móviles, que interpreta como intentos de vigilancia y seguimiento. Verbaliza que sospecha que su jefe puede estar detrás de una posible intromisión en sus dispositivos móviles y redes sociales. De igual manera, verbaliza episodios de posible seguimiento, espionaje dentro de su casa a través de la televisión y manipulación de su vehículo. La peritada presenta una narrativa que, en esencia, se caracteriza por una elevada preocupación autorreferencial en torno al contexto laboral, lo que genera un elevado sufrimiento emocional y un impacto negativo en sus diferentes esferas vitales.

Breve recorrido psicobiográfico

La peritada nace de parto eutócico y no refiere enfermedades relevantes durante la infancia a excepción de epilepsia, diagnosticada a los dos años y en la actualidad en remisión completa. A nivel familiar describe un estilo educativo tradicional. Refiere buena adaptación a su grupo de iguales, realizando una descripción positiva de su infancia, adolescencia y primeros años laborales.

La peritada está casada y tiene tres hijos. Describe como muy positiva su esfera familiar. A nivel profesional siempre ha trabajado en el sector hostelería, llevando negocios propios o trabajando para cuenta ajena. Manifiesta que, aunque en los últimos años han tendido estabilidad económica, en el pasado han tenido dificultades económicas.

En la empresa donde se ha desarrollado el conflicto (última empresa empleadora) llevaba 6 años trabajando aproximadamente. Realiza una buena valoración de los primeros meses en su puesto. Relata buenas relaciones con sus compañeros, y en términos generales, refiere sentirse satisfecha y realizada con su desempeño laboral. Dentro de las dinámicas interpersonales en su trabajo, señala a la figura del jefe de cocina como una “nota discordante” que generaba tensiones entre los distintos trabajadores. Con esta persona tiene sus primeros choques debido al trato vejatorio y humillante que recibía.

Dentro de este contexto de tensión, su jefe, con quien tiene muy buena relación, le cuenta que falta dinero y la pide ayuda para internar averiguar el origen del “agujero económico” que tiene el negocio. La peritada manifiesta que debido a la buena relación que tenía con su superior, le cuenta todas las irregularidades del servicio para ayudarlo a identificar la cuestión planteada. Finalmente, se acaba destapando que la persona peritada es quien le ha trasladado cierta información al jefe acerca del funcionamiento del servicio, lo que desencadena que toda la plantilla se vuelva en su contra y se

incremente la tensión y las dinámicas de desprecio que tenían hacia ella, esta vez con la participación de más compañeros.

Eclosión del conflicto y descripción de los hechos referidos

Refiere que desde que comienza a trabajar en la empresa no se cumplen las condiciones laborales estimuladas por contrato, pero a pesar de ello, realiza una valoración positiva del trabajo, ya que tiene interiorizado que el trabajo en hostelería es duro y sacrificado. Relata que desde el principio no termina de encajar con sus compañeros. Describe unas relaciones cordiales con todos menos con el jefe de cocina, quien de manera paulatina comienza a vejarla, humillarla e insultarla a diario. Esta dinámica evoluciona en escalada y va creando una tensión laboral entre los dos que la lleva a tener más de un conflicto abierto, incluyendo episodios de agresividad y amenazas.

Cuando la peritada responde a la petición de ayuda de su jefe y se convierte en su confidente, se crea un cisma entre ella y el resto de los trabajadores. Las tensiones van en aumento y cada vez es más complicada la comunicación y convivencia en el puesto de trabajo. Refiere un trato de desprecio por parte de sus compañeros, alusiones a su físico y ataques personales contra su familia y su forma de ser, contradicciones en las comandas, informaciones erróneas e intentos de culparla de los errores que se producen durante el servicio. La peritada le traslada esta situación a su jefe, quien en un primer momento parece apoyarla. Debido a la que la situación no cesa decide poner una denuncia contra el jefe de cocina y solicita una baja laboral (diagnóstico de Trastorno Adaptativo Mixto reactivo a situación laboral).

Al regresar de la baja refiere que la situación se ha tranquilizado. Refiere que no la insultan, pero la hacen el vacío. Finalmente decide quitar la denuncia por miedo a que vuelva a empeorar la situación con sus compañeros. Durante esa época tiene una serie de bajas médicas por accidentes. A pesar de ello intenta ir a trabajar, aunque sea con dolores, para no generar motivos de conflicto ni represalias. En ese momento manifiesta que empiezan a circular rumores cuestionándola. La relación con su jefe termina rompiéndose por discrepancias y dificultades en la comunicación. Además de las bajas antes citadas, la peritada manifiesta que tiene que ausentarse ocasionalmente del trabajo para tratar problemas médicos de sus hijos. Llega un momento en el que se siente completamente aislada en su puesto de trabajo.

A partir de ese momento, describe una serie de dolencias físicas que la llevan a peregrinar por varios profesionales (todas las referencias médicas esta objetivadas con documentación). Presenta problemas respiratorios y dermatológicos en el puesto de trabajo, por lo que le comunica a su superior esta dificultad. Manifiesta que, a partir de ese momento, sus compañeros empiezan a utilizar más productos químicos "a posta". Paulatinamente, empieza a experimentar problemáticas de naturaleza médica sin explicación, por lo que desde el Servicio Público de Salud se plantean la hipótesis de que la peritada puede padecer un trastorno somatomorfo. Manifiesta que las presiones van en aumento. Estas presiones nacen de unas relaciones completamente rotas con su superior y sus compañeros. Pierde 12 Kilos en pocos meses.

La peritada refiere que a partir de este momento se da cuenta de que sus compañeros la graban, manipulan su taquilla, y su teléfono empieza a dar fallos. Manifiesta el miedo a que le hayan duplicado las llaves de su taquilla y que hayan descubierto la clave de su teléfono móvil observando como introduce la contraseña. Debido a los fallos de sus teléfonos (no graban, problemas con la IP, etc.) los lleva a un servicio técnico, refiriendo que estos servicios no son capaces de explicar las anomalías de los terminales. La peritada sostiene que le han *hackeado* el teléfono, han manipulado su coche y han accedido a la intimidad de su hogar a través de la televisión, ya que la información de los rumores y los comentarios que circulan en su trabajo son de naturaleza íntima.

La peritada manifiesta la absoluta convicción de que la están espiando en su propia casa. Empieza a realizar un estudio de las *IPs* y observa que las localizaciones coinciden con lugares relacionados con su jefe. En ese momento empieza a cobrar fuerza la hipótesis de que su jefe está detrás de todo lo que le pasa. Verbaliza la creencia de que sus resultados médicos están manipulados, ya que su jefe es una persona con muchos contactos y poder. Refiere que han colocado cámaras en el puesto de trabajo que antes no estaban, y atribuye un incendio en su casa a un posible intento de acceder a su ordenador. Manifiesta la posibilidad de que la hayan intentado envenenar en su puesto de trabajo (acude a urgencias, pero la derivan a psiquiatría).

La acumulación de los hechos relatados termina por romper emocionalmente a la peritada quien mantiene un patrón de hipervigilancia y suspicacia que la lleva a desconectar el *wifi* en su casa, comprobar a diario que no han manipulado su coche, hiperanalizar la presencia de personas con las que se encuentra, cambiar varias veces de teléfono, etc. La peritada finalmente termina por denunciar los hechos referidos.

Exploración psicopatológica

Durante la exploración la evaluada 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. No se evidencian alteraciones en la percepción o en imágenes mentales. El lenguaje utilizado es apropiado y adecuado al nivel educativo. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo. Presenta un adecuado nivel de *insight* (fuera de la temática delirante).

No hay alteración en el curso del pensamiento, pero impresiona un contenido autorreferencial muy marcado y relacionado con ideas de seguimiento e intromisión en su intimidad a través de sus redes sociales o dispositivos móviles. Relata situaciones de posible seguimiento y escuchas en su domicilio. Este discurso está contextualizado en la situación referida de hostigamiento en el trabajo. La peritada desconecta en su casa el *wifi* y no utiliza prácticamente los móviles por miedo a que puedan acceder a su información. La persona peritada muestra al psicólogo firmante un móvil envuelto en papel de aluminio, manifestando que los peritos informáticos le han indicado que utilice ese sistema para evitar cualquier tipo de intromisión. Impresiona un discurso estructurado, rígido, irreductible y generalizado en torno a la idea expuesta, lo que dirige su sistema atribucional. La persona evaluada facilita al perito firmante numerosos documentos para apoyar su testimonio (capturas de pantalla, información sobre *IPs* etc.).

Desarrolla un discurso prolijo y sistematizado resistente a la lógica y a explicaciones alternativas. La vivencia de esta situación tiene un elevado impacto emocional en la persona peritada, experimentando ansiedad y un estado de ánimo predominantemente disfórico. Aunque en el momento de la evaluación se muestra estable, la situación descrita ha tenido un impacto significativo en el funcionamiento de su vida, afectando a su esfera personal, social y familiar. Atribuye el origen de esta situación a los problemas en el trabajo y señala a su jefe como la persona detrás de toda la narrativa desarrollada. La peritada experimenta sentimientos de indefensión, desconcierto y desesperación.

Desde hace 4 años existe un amplio historial médico caracterizado por una gran cantidad de síntomas sin causa orgánica identificada, lo que puede ser compatible con un posible trastorno somatomorfo (se pauta olanzapina). No refiere antecedentes psiquiátricos o psicológicos, a excepción de los relacionados con los problemas en el trabajo y la baja laboral.

En la actualidad refiere dificultades de memoria y de concentración. Mantiene pauta medicamentosa para la ansiedad y para el sueño. Facilita antecedentes médicos de relevancia. Manifiesta diagnóstico de fibromialgia, alergia a las pirazonas y al látex. No refiere hábitos tóxicos.

Análisis Funcional (simplificado)

El objetivo del análisis funcional (ver tabla 1) es el estudio de los antecedentes, facilitadores, predisponentes, mantenedores y precipitantes de la conducta problema. Se realiza un estudio de la relación de la contingencia (antecedente-respuesta-consecuente). En análisis se realiza en los tres niveles de respuesta: Cognitivo, emocional/fisiológico y motor. Igualmente se analizarán las consecuencias a corto y a largo plazo (Graña, 2002).

Antecedentes: problemática en el entorno laboral

Estímulos discriminativos: cualquier anomalía en el teléfono móvil, el ordenador o el coche. Comentarios entre sus compañeros, ver a alguien extraño en su trabajo o cerca de su casa, sensaciones corporales o molestias.

Tabla 1. Análisis funcional

Respuestas	Consecuencias
<i>Cognitiva</i>	<i>A corto plazo</i>
Están hablando de mi	Reducción de la ansiedad (R-)
Esta información la saben porque me espían	Sensación de control
Mi teléfono esta hackeado	Sesgo de confirmación (R+)
Me intentan envenenar y hacer daño	Tranquilidad (R+)
Ideas autorreferenciales de seguimiento y perjuicio	Atención (R+)
<i>Emocional/fisiológico</i>	<i>A largo plazo</i>
Ansiedad	Ruptura con el entorno y declive personal
Frustración	Judicialización de los problemas
Ira	Problemas económicos
Tristeza	Sintomatología ansioso depresiva cronicada
Activación <i>arousal</i>	Sensación de injusticia
Aumento del ritmo cardiaco/respiratorio	Sentimiento de no ser creída, incremento de la suspicacia
Tensión muscular	
<i>Motora</i>	
Comprobación de los dispositivos y la seguridad	
Apagar wifi	
Aislamiento y evitación	
Confrontación	
Consultas con especialistas (perito informático)	
<u>Pruebas médicas</u>	

Resultado de las pruebas administradas²

Pruebas de screening

- *SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology)*. Inventario estructurado de simulación de síntomas. Autores: Widows y Smith (2004). Adaptación española: González Ordi y Santamaría (2009).

La puntuación total en el SIMS resulta inferior a la recomendada como punto de corte para determinar sospecha de simulación, lo que sugiere que sus respuestas respecto a síntomas relacionados con trastornos o problemas afectivos son consistentes con los síntomas descritos por personas que

presentan un trastorno genuino. La elevación en la escala asociada al deterioro neurológico es compatible con la gran cantidad de problemas médicos presentados sin explicación médica (información objetivada en la documentación). Se descarta simulación, aun así, se triangulará esta información con las puntuaciones obtenidas en las escalas de validez del MMPI2-RF y el PAI.

Pruebas clínicas

- PAI (*Personality Assessment Inventory*). Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, 2007; adaptación española: Ortiz- Tallo et al., 2011).

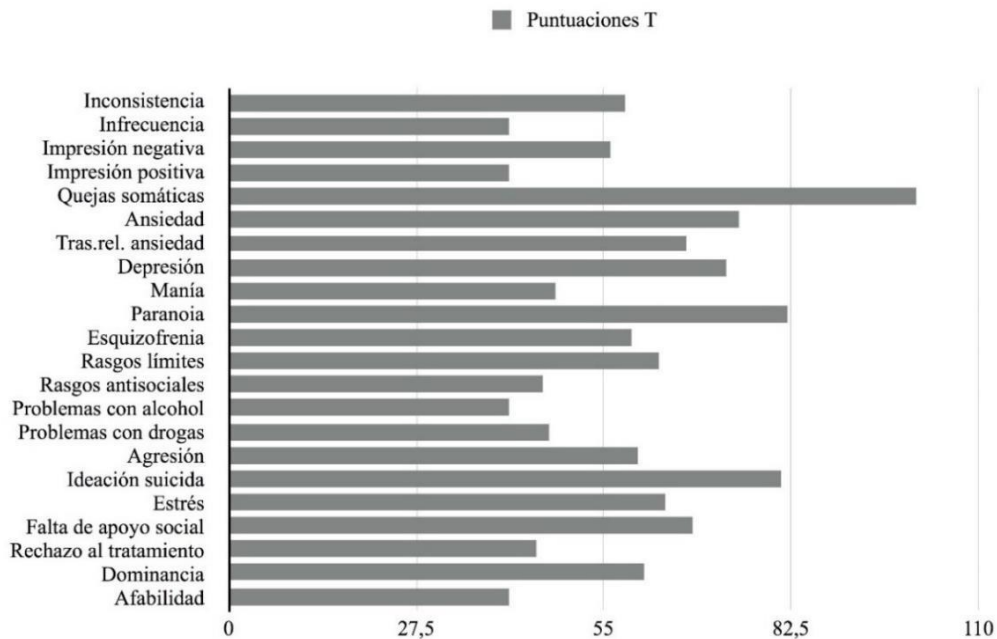


Figura 1. Puntuaciones obtenidas por la peritada en el PAI

Nota: Puntuaciones T (escala típica con media 50 y DT=10) del PAI

El primer nivel de análisis recae en el estudio de las escalas de validez e interpretabilidad de la prueba. La puntuación T obtenida en la escala Inconsistencia (INC) es de 58, lo que indica que la persona peritada ha contestado al cuestionario prestando la debida atención. Esta misma conclusión se extrae de la puntuación en Infrecuencia (INF:41). No se detecta una tendencia a dar mala imagen de sí misma (IMN:56) o buena imagen (deseabilidad social) (IMP:41). El perfil es plenamente interpretable.

El estudio de las escalas clínicas arroja valores significativos en Quejas somáticas (T:101), Ansiedad (T:71), Depresión (T:73) y Paranoia (T:82). Mención aparte destaca la puntuación obtenida en la escala Paranoia. La puntuación obtenida por la peritada es poco frecuente, incluso en muestras clínicas. La persona se muestra amargada, guarda un profundo resentimiento por la manera en que cree haber sido tratada por lo demás y se anticipa a los supuestos intentos por parte de los otros de aprovecharse de ella. Pueden estar presentes ideas de referencia y delirios de persecución. Dentro de la escala clínica Paranoide destacan las puntuaciones en Hipervigilancia (PAR-H:68), Persecución (PAR-P:99) y Resentimiento (PAR-R:69). Esto implica un despunte en las creencias de que hay un esfuerzo coordinado para socavar sus intereses. La peritada desconfía y emplea una gran cantidad de tiempo para

supervisar el entorno en busca de pruebas. Cuestionará todo de forma rutinaria y no se fiará de los motivos de los demás.

- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form / Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF; Tellegen y Ben-Porath, 2008; Adaptación española: Santamaría, 2009).*

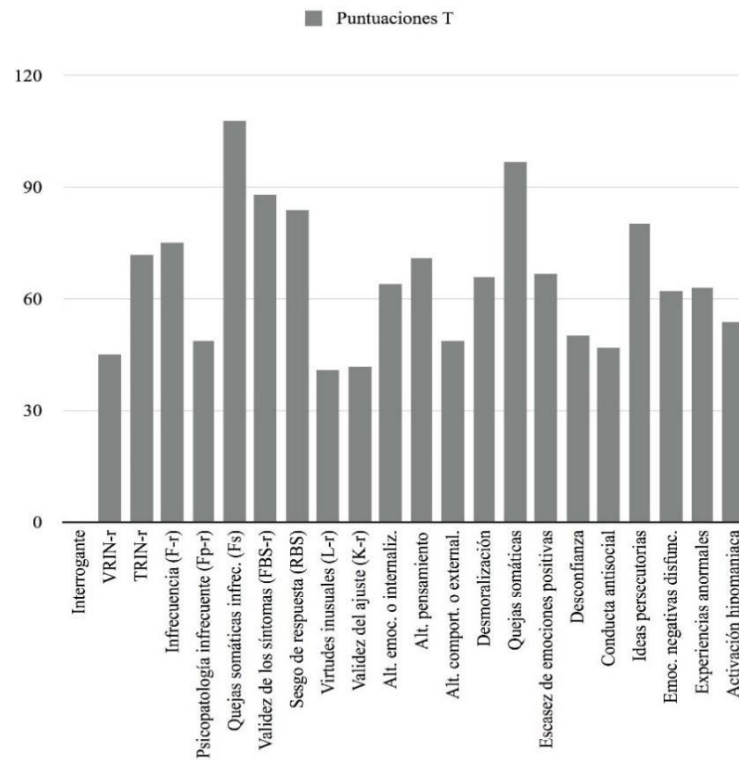


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en el MMPI-2 RF

Nota: Puntuaciones T (escala típica con media 50 y DT=10)

El primer nivel de análisis recae en las escalas de validez. La evaluada responde a todos los ítems del inventario, presentando una puntuación T: 45 en la escala Inconsistencia de respuesta variables (VRIN-r) y T:72 en Inconsistencia de respuesta verdadero (TRIN-r). Esto implica una tendencia a mostrar un patrón fijo de respuestas verdadero, lo que invita a interpretar la prueba con cautela. Estas escalas tienen un sistema de puntuación diferente al resto ya que no se puntúan las respuestas a cada ítem aisladamente, sino la presencia de determinadas combinaciones de respuestas a pares de ítems que son indicativas de respuestas incoherentes o contradictorias. En términos generales no se detectan indicadores de exageración ni minimización de síntomas. El perfil resulta interpretable, no existiendo indicadores de distorsión o manipulación.

El estudio de las Dimensiones Globales arroja valores significativos en Alteración del pensamiento (THD, T=71). Dentro de las Escalas Clínicas Reestructuradas destacan las puntuaciones obtenidas en Quejas somáticas (RC1, T=73), Escasez de emociones positivas (RC2=67) e Ideas persecutorias (RC6, T=80).

- MCMI-IV (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV*). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV. Th Millon, S. Grossman y C. Millon. Adaptación española por el Departamento I+D de *Pearson Clinical & Talent Assessment* en colaboración con M^a. Pilar Sánchez López y Violeta Cardenal Hernáez. Pearson Educación, 2018.

El primer nivel de análisis recae en las escalas de validez. El estudio de los datos pone de relieve un estilo de respuestas sincero ($X=67$), y puntuaciones dentro de la normalidad en discapacidad social ($Y=67$) y en devaluación ($Z=73$). El perfil es interpretable.

En cuanto al estudio psicopatológico destacan las puntuaciones en Ansiedad generalizada (TB:95), Síntomas somáticos (TB:85), Espectro bipolar (TB:75), Estrés postraumático (TB:75) y Delirante (TB:75). El perfil retratado es el de una persona desconfiada que puede llegar a interpretar como amenazantes estímulos aparentemente neutros e inofensivos. Las puntuaciones obtenidas dibujan a una persona dominada por la suspicacia e hipersensible a detectar estratagemas o engaños en todo momento. Capta cualquier detalle por minúsculo que sea, lo magnifica y lo distorsiona para así confirmar sus peores expectativas. Actúa con extrema desconfianza para protegerse de los engaños y malicia de los demás. A menudo estas personas se muestran tensos e inquietos, con una irritabilidad desagradable y una actitud defensiva constante que los lleva a saltar ante la más mínima ofensa real o percibida.

Cuestionario de personalidad no patológica (valores premórbidos)

- *Revised Neo Personality Inventory / Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R; Costa y McCrae, 2008; Adaptación española: Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008).*

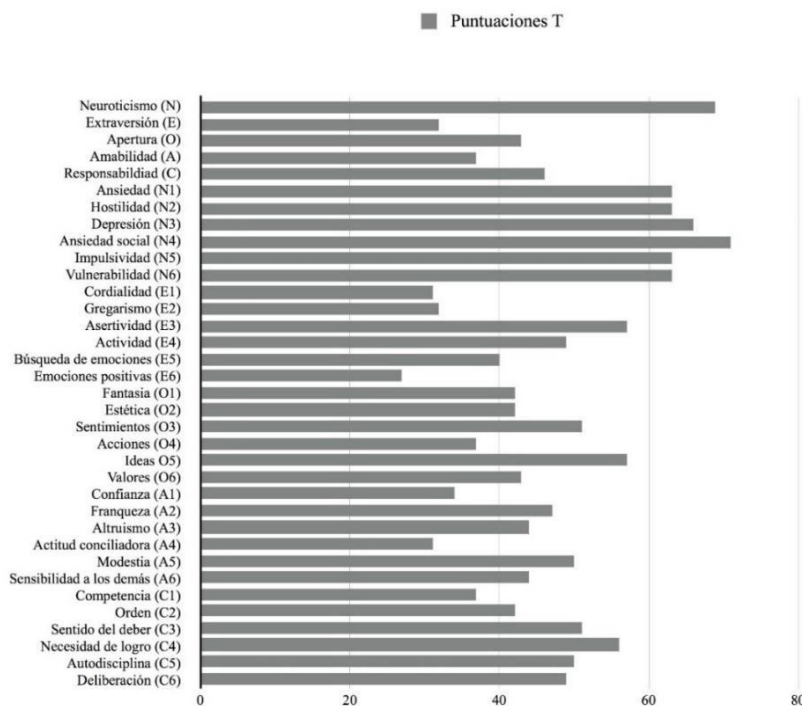


Figura 3. Valores premórbidos del NEO-PI-R

Nota: Puntuaciones T (media 50 y DT=10)

Pruebas para la evaluación de estrés y acoso laboral

– JSS. Cuestionario de estrés laboral:

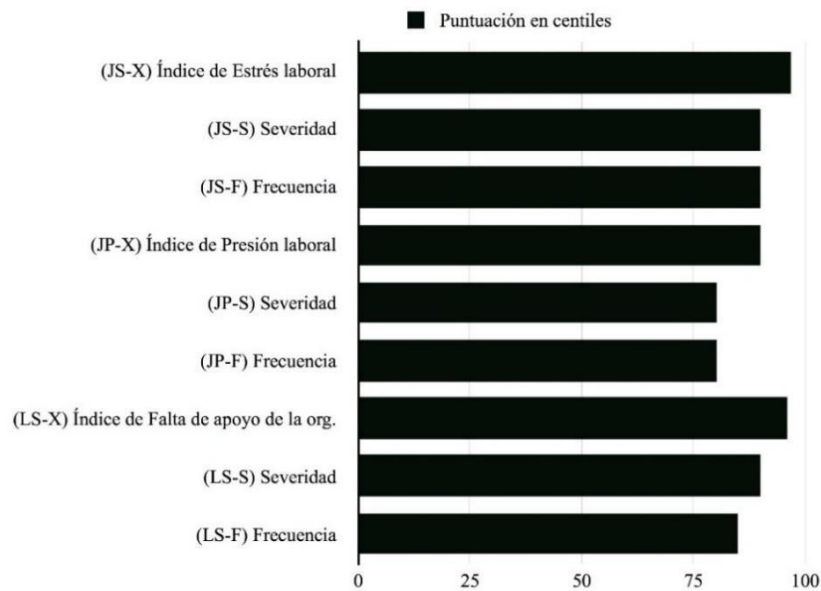


Figura 4. Puntuación en centiles del JSS

– Leymann Inventory Psychological Terrorization / Inventario de Estrategias de Acoso en el trabajo de Leymann (Adaptación española: González de Rivera y Rodríguez-Abuín, 2005).

NEAP (número de estrategias de acoso psicológico): Puntuación Directa: 51. Se sitúa en el percentil 97 de una muestra baremada en población que ha sido víctima de acoso.

IGAP (índice global de acoso psicológico percibido): Puntuación Directa: 2,03. Se sitúa en el percentil 75 de una muestra baremada en población que ha sido víctima de acoso y en el percentil 90 de una muestra con población normal.

IMAP (índice medio de acoso psicológico percibido): Puntuación Directa: 2,39. Se sitúa en el percentil 45 de una muestra baremada en población que ha sido víctima de acoso y en el percentil 97 de una muestra con población normal.

Interpretación

La peritada informa de un amplio número de conductas de acoso de las que refiere haber sido víctima, obteniendo una puntuación significativa incluso cuando se compara con la de la muestra de trabajadores acosados. Este índice solo proporciona información dicotómica, es decir, señala el número de conductas de acoso producidas, pero no determina en qué grado. Existen indicadores de acoso de elevada intensidad e impacto.

Integración de datos

La información obtenida pone de relieve un perfil de elevada congruencia y consistencia interna. A través del estudio longitudinal no se detectan indicadores claros de vulnerabilidad (no hay indicadores de personalidad previa paranoide). Las escalas de validez de las pruebas y la metodología empleada de triangulación descartan la simulación o el sesgo de respuesta de devaluación. Las entrevistas y el estudio de las pruebas señalan una vivencia muy elevada de estrés en el entorno laboral. De igual manera, se informa de una serie de acciones compatibles con una dinámica de hostigamiento mantenida en el tiempo, en esencia, de carácter emocional (abuso emocional). Esto impacta directamente en los esquemas cognitivos de la peritada, existiendo una permeabilidad entre el constructo personalidad y psicopatológico.

Tanto las entrevistas, como el estudio de los resultados de las pruebas apuntan en la misma dirección, retratando a una mujer que experimenta elevados niveles de ansiedad y disforia, con un impacto directo en su bienestar y funcionalidad diaria (limita su actividad condicionada por el delirio: *verbi gratia* reduce el uso de móviles y canales telemáticos en general). Existe un elevado componente psicopatológico de índole emocional que despunta en dos frentes: el somático y el delirante/deliroide. El desequilibrio emocional tiene una base y un impacto en el sistema relacional de la peritada. A consecuencia de su estado emocional, y de manera defensiva, existe un retraimiento acusado y una percepción suspicaz del mundo que la llevan a estar en un estado continuo de hipervigilancia, lo que implica un desgaste que desgasta aun más su esfera anímica. La peritada presenta una sintomatología somática muy significativa compatible con el espectro somatomorfo y relacionada con el componente emocional ansioso-disfórico.

La realidad está condicionada por las atribuciones autorreferenciales sistematizadas y resistentes a la lógica. El estudio de la documental y el análisis de las entrevistas ponen de relieve una evolución que se desarrolla en torno a unas preocupaciones asociadas a la conflictividad laboral (debido al estado de angustia que le provoca) que dan paso a obsesiones, que a su vez evolucionan hacia una interpretación deliroide (indivisible del estado emocional del sujeto) y una atribución autorreferencial delirante. Precisamente este sistema de ideas condiciona sus relaciones sociales y su manera de interpretar el mundo, de ahí que despiquen las puntuaciones en aislamiento y baja cordialidad.

Formulación forense

Para la comprensión del estado psicológico de la evaluada en el momento actual, es necesario la realización de un estudio psicobiográfico que aporte perspectiva sobre el recorrido vital de la misma. Se trata de una persona con un pilar identitario basado en el sacrificio y el trabajo y con un entendimiento muy definido de las relaciones sociales y de los valores humanos. La vivencia de una situación de incontabilidad, como es la existencia de un conflicto abierto mantenido en el tiempo que evoluciona hacia una dinámica de hostigamiento, impacta directamente sobre el sentido de coherencia del mundo, lo que conlleva un desajuste emocional de marcado carácter reactivo.

Los conflictos interpersonales mantenidos en el tiempo y que actúan a modo de “gota malaya” generan en las personas mecanismos de defensa basados en la hipervigilancia, la hiperalerta y la suspicacia. Estos mecanismos de defensa o estrategias cognitivas de afrontamiento se consideran normales en la medida en que son adaptativos en contextos de conflicto o amenaza percibida. La vivencia de una situación de hostigamiento continuado, sobre todo cuando este hostigamiento se basa en conductas aparentemente anodinas, genera un estado de confusión en la persona evaluada, sobre todo en el plano de la atribución y la responsabilidad. El mantenimiento de conductas de desprecio y

humillaciones, por sumación, afectan de manera inequívoca a la peritada, quien finalmente desarrolla un trastorno adaptativo ansioso-depresivo reactivo (objetivado mediante documentación).

Cuando retoma su ejercicio laboral después de estar de baja, a pesar de estar anímicamente más estable, presenta una cicatriz en los esquemas cognitivos de predictibilidad y control del mundo, lo que genera que esté en una perpetua situación de ansiedad y tensión en el trabajo, ante la expectativa de que puedan volver a hostigarla. Esta situación de tensión e hipervigilancia va evolucionando a medida que la relación con los compañeros queda desnaturalizada a través del aislamiento, el rechazo y la falta de reconocimiento. La base del desequilibrio emocional existente genera una evolución de las preocupaciones hacia las obsesiones, y de las obsesiones hacia ideas de carácter delirante que, aunque pueden tener base real, ya implican una construcción de la realidad autorreferencial y dañina para la peritada desde el punto de vista emocional.

El siguiente punto es la existencia de un patrón atribucional (autorreferencial) que convierte cualquier estímulo neutro en un indicador de vigilancia, seguimiento o conspiración, por lo que se desarrolla una dinámica de observación y búsqueda de detalles que de alguna manera puedan justificar la realidad delirante, lo que la llevará a interpretar parte de la realidad de manera sesgada, aunque en todo momento la vivencia emocional sea realmente de sufrimiento.

En este contexto, la peritada desarrolla ideas de seguimiento, intromisión en sus dispositivos, vigilancia y violación de su intimidad, incluso llegando a desconfiar de organismos oficiales y existiendo una fijación acerca de la capacidad de influencia de su jefe. Estas ideas son resistentes a la lógica. Esto no implica que no existan situaciones objetivamente reales (en el momento de la evaluación todavía no se han aportado los peritajes informáticos), tan solo viene a significar que existe una lesión en el plano psíquico que implica una interpretación de la realidad de manera autorreferencial, lo que constituye una fuente de sufrimiento.

Contraste de hipótesis

1. *Simulación vs no simulación*: La triangulación de los resultados del SIMS, con las escalas de validez del PAI y el MMPI-2-RF, con los indicadores conductuales y observados (Esbec y Jarabo, 1999; González de Rivera y López-García, 2003; Ruiz, 2007) y el estudio de la documental descartan la hipótesis de simulación.
2. *Estresor potencialmente lesivo*: El estresor descrito se ajusta a los criterios técnicos del *mobbing*.
3. *Vulnerabilidad y sintomatología*: Las pruebas empleadas y las entrevistas con terceros retratan a una mujer sin indicadores premórbidos de disfuncionalidad ni rasgos desadaptativos de personalidad. Destaca la ausencia rasgos de personalidad paranoide.
 - La psicopatología no es compatible con una hipervigilancia reactiva a la situación de acoso. Mientras que la reacción de hipervigilancia es contenida, transitoria y reactiva, la psicopatología delirante es invariable ante el apoyo y la comprensión y reviste de un carácter más persistente e independiente al contexto (susceptible al entorno, pero no dependiente).
 - La temática de acoso no forma parte del trastorno delirante, es decir, se descarta la posible existencia de un falso *mobbing*. Esto se justifica en la medida en que el proceso de acoso empieza al menos 3 años antes de las manifestaciones clínicas delirantes. Esto esta objetivado en las entrevistas a terceros informadores y en la documental.

Discusión forense

Sobre el estado mental de la peritada

El trastorno delirante (TD) se caracteriza por la presencia de ideas delirantes sistematizadas con diferentes contenidos. No hay alucinaciones prominentes, ni alteraciones del lenguaje o del pensamiento (más allá de la temática delirante), ni deterioro grave de la personalidad. En el trastorno delirante las ideas son de instauración insidiosa y progresiva, basadas en un mecanismo interpretativo. El deterioro está limitado a la creencia delirante, es decir, el sujeto puede mantener un funcionamiento normal en aquellas áreas ajenas al contenido delirante. La temática suele ser sistematizada y uniforme, con resonancia afectiva y una elevada coherencia interna (Guixot et al., 2015). No se conoce la etiología de este trastorno, pero está vinculado a la vivencia de eventos adversos (Mármol et al., 2015).

En cuanto a los criterios diagnósticos que se han de tener en cuenta (APA, 2014):

- La presencia de uno o más delirios con una duración de un mes o más
- No cumple los criterios A para la esquizofrenia (las alucinaciones si están presentes, no son importantes y están relacionadas con el tema del delirio).
- Fuera del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento (social y laboral) no está limitado y la conducta no es bizarra.
- Si ha habido episodios maníacos o depresivos han sido breves.

Dentro de la evaluación del daño psíquico, como se ha observado en el contraste de hipótesis, es necesario valorar la existencia de algún tipo de vulnerabilidad en la persona evaluada que pueda explicar la conducta problema, o en su defecto, si existían rasgos de personalidad paranoide como posible diagnóstico diferencial. El estudio multimétodo/multifFuente pone de relieve un funcionamiento premórbido adecuado, sin ningún tipo de problemática de carácter emocional. No hay indicadores de rasgos disfuncionales paranoides previos en la persona peritada. Las entrevistas con su círculo íntimo describen a una persona absolutamente adaptada, sin que existan antecedentes que nos hagan sospechar de una estructura de personalidad paranoide. Es a raíz de la presunta situación de acoso referida, cuando la persona peritada, de manera paulatina comienza a desarrollar patrones de preocupación, suspicacia y evitación/control.

En el presente caso nos encontramos con una mujer que presenta ideas autorreferenciales irreductibles, sistematizadas y que condicionan su manera de percibir el mundo. Esta base delirante implica que realiza una interpretación autorreferencial de cualquier situación o acción aparentemente anodina, integrándola en su sistema interpretativo. En el caso presente, esta interpretación va más allá del contexto laboral y de unos mecanismos de hipervigilancia y suspicacia prototípicos en procesos sistematizados y discontinuos (lo que produce la defensa ansiosa de hiperalerta), condicionando su vida y su interpretación de los acontecimientos en términos delirantes.

A partir de la creencia persecutoria se desencadena un proceso de búsqueda de significado. Durante esta búsqueda de significado la persona se va a sentir aislada debido a la incomprensión de los demás, pero esta incomprensión no va a reducir su sistema interpretativo, sino que va a derivar en la experimentación de ansiedad, preocupación y un conflicto en las creencias que posee sobre sí misma. El razonamiento delirante se caracteriza por un salto directo a las conclusiones y por la existencia de un sesgo confirmatorio, lo que implica que no se tienen en cuenta alternativas a la creencia central delirante. En este contexto, la vivencia de un evento importante y la exposición a un estrés continuo puede desencadenar el delirio (Freeman y Garety, 2014).

En el caso presente existe una retroalimentación entre la sintomatología delirante y la afectiva. La peritada presenta bajo *insight* sobre la problemática presente. Sus creencias son sistematizadas e irreductibles, aunque no todas las creencias periféricas tienen el mismo grado de certeza, lo cual es prototípico en este tipo de sujetos.

Sobre la vivencia de una situación de acoso laboral y su posible contingencia con su estado mental

Como se ha expuesto anteriormente, el *mobbing* no es conflicto puntual, sino un fenómeno multiforme configurado por una serie de elementos que lo convierten en un proceso potencialmente destructivo para sus víctimas. Los comportamientos asociados al *mobbing* son de naturaleza heterogénea, y aunque por separado no suelen ser graves, su repetición y frecuencia, por efecto acumulativo, constituyen una verdadera agresión con efectos devastadores en sus víctimas (Einarsen et al., 2011).

En el caso presente nos encontramos con una narrativa centrada en una serie de comportamientos asociados al abuso emocional que se basan en insultos, humillaciones, vejaciones y denigraciones. Cuando este tipo de conductas se producen de manera reiterada (microtraumatismos) terminan por cercenar la capacidad de afrontamiento del trabajador, alcanzado su núcleo emocional y produciendo por tanto el daño psíquico (Escartín et al., 2012). Esto implica que, aunque parte de estas conductas no son de extrema gravedad, llegando a ser aceptadas o normalizadas por el trabajador, su repetición genera un efecto de acumulación dañino para la víctima (Trépanier et al., 2015).

En relación al caso estudiado

La naturaleza de las conductas: Las conductas de acoso presentadas responden a un patrón de abuso emocional que evoluciona en escalada. Se parte de un conjunto de actos anodinos, velados e indirectos, que derivan con el tiempo en conductas directas como humillaciones, vejaciones o insultos. Este patrón (objetivado en la documental aportada) aunque se da en esencia entre el jefe de cocina y la persona peritada (presunta víctima) cuenta con la participación del resto de compañeros (por acción u omisión y permisividad), creándose por lo tanto un desequilibrio de poder tanto formal como informal (influencia social, recursos de apoyo en el hostigador) que limita aún más el margen de maniobra de la presunta víctima.

Algunos autores consideran que las conductas asociadas al abuso emocional (acciones dirigidas a humillar, herir y menospreciar al trabajador) son el núcleo central del acoso (Davenport et al., 2005). Los estudios indican que la humillación es el comportamiento de carácter personal más severo (Escartín et al., 2012) y que tiene mayores efectos negativos en la salud. Los efectos estigmatizadores de estas conductas y su escalada en frecuencia e intensidad hacen que poco a poco se debilite la capacidad de la víctima para sobrellevar la situación, no pudiendo gestionar correctamente las responsabilidades diarias ni las exigencias laborales, siendo tan importante la naturaleza de los ataques como su frecuencia y duración (Einarsen et al., 2011).

La temporalidad y la sistematicidad: En este caso se cumplen los criterios de duración (al menos 6 meses), frecuencia (1 vez por semana) y sistematicidad (Leymann, 1996). La temporalidad del proceso de acoso esta objetivado en la documental a través de la documentación médico asistencial y psicológica aportada. Se han de distinguir dos periodos, un primer periodo de 4 años de duración previo a la baja psicológica por Trastorno Adaptativo Mixto, y un segundo periodo de 2 años de duración donde florece la sintomatología delirante, y por lo tanto, la relación entre la persona evaluada y el contexto laboral está condicionada por el componente interpretativo patológico, lo cual no implica que todo lo relatado por la persona evaluada, en relación a las dinámicas interpersonales en el trabajo, no sea cierto. La propia intencionalidad, como elemento subjetivo, se desprende de la compatibilidad de la situación analizada como un intento por desprestigiar y buscar la autoexclusión de la persona peritada. Aunque no se pueden conocer las intenciones del victimario, el análisis de las conductas, su intensidad y duración son compatibles con un plan que da coherencia a todo el conjunto de conductas de hostigamiento señaladas.

La frecuencia de los comportamientos negativos es uno de los puntos críticos dentro de la definición del acoso. En muchas situaciones es difícil de aplicar ya que no todos los comportamientos dentro del espectro del *mobbing* son estrictamente episódicos por naturaleza. Un rumor, por ejemplo, puede circular destruyendo la reputación de esta persona sin necesidad de que sea repetido cada semana. En otras ocasiones, el acoso se manifiesta como una condición permanente, como en los casos en los que el trabajador es obligado a trabajar en condiciones pésimas (sótanos, habitaciones sin ventilación, etc.) durante una larga temporada (Einarsen et al., 2011).

El estresor potencialmente traumático analizado es compatible con las características del *mobbing*. A su vez, la sintomatología presentada también es compatible con dicho estresor. Al no existir factores de vulnerabilidad ni antecedentes, la vivencia de una situación de estrés mantenida en el tiempo es compatible con el desarrollo de la sintomatología desarrollada de naturaleza emocional. Igualmente, la vivencia de una situación de estrés mantenida es compatible con la sintomatología delirante valorada.

Conclusiones

PRIMERA: En el presente caso nos encontramos con una mujer que presenta ideas autorreferenciales irreductibles, sistematizadas y que condicionan su manera de percibir el mundo. Esta base delirante implica que realiza una interpretación autorreferencial de cualquier situación o acción aparentemente anodina, integrándola en su sistema interpretativo. Este cuadro es compatible, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association*, 2014), con un F22. Trastorno delirante [297.1]. Esta condición no implica que parte de las situaciones vividas o descritas sean falsas, sino que existe una lesión psíquica que impacta directamente sobre los sistemas interpretativos y condiciona los mecanismos de atribución de la peritada. A través de la metodología empleada, específica para contexto forense y basada en un modelo multimétodo y de triangulación, se descarta la existencia de simulación. El estudio de la personalidad de la peritada descarta la existencia de una posible vulnerabilidad en su base premórbida. La peritada presenta una sintomatología acusada de carácter somático compatible con el espectro somatomorfo y asociada a una base emocional disfórica y ansiosa.

SEGUNDA: El estresor primigenio referido por la peritada es compatible con la categoría descrita como *mobbing* (acoso psicológico) cumpliendo los criterios de naturaleza, al existir un conjunto de acciones basadas en humillaciones, insultos y denigración; y temporalidad, desarrollándose estas acciones de manera sistemática y frecuente (todos los días, según verbaliza, y durante más de 6 meses) y teniendo dicha situación un impacto directo en su esfera psicológica (daño psíquico objetivado: trastorno ansioso-depresivo). El conjunto de acciones relacionadas con la grabación e intromisión en los dispositivos móviles electrónicos y redes sociales de la peritada no están objetivadas por peritos informáticos, por lo que su veracidad ha de tomarse con cautela. Esto implica que no pueden extraerse conclusiones directas de estas acciones. La existencia de un delirio, desde el punto de vista clínico, no implica automáticamente que no existan parte de las acciones contenidas en el delirio, por lo que no pueden desecharse todas las referencias de la peritada. El trastorno delirante es un daño en los mecanismos interpretativos, lo que implica que parte de las creencias pueden tener una base real, aunque el sesgo atribucional distorsione, exagere o amplíe.

TERCERA: Puesto que no se han detectado indicadores de vulnerabilidad previa (personalidad paranoide premórbida u otros rasgos disfuncionales) el cuadro presentado es compatible con la vivencia de un estresor en el contexto laboral (diagnóstico de compatibilidad).

CUARTA: Se recomienda tratamiento psicológico/psiquiátrico para trabajar tanto con el cuadro expuesto, como con las consecuencias emocionales derivadas.

En cuanto cumple informar

En Madrid, a 6 de febrero de 2019

Referencias

- Ackerman, M. J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment* (2nd Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Panamericana.
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF: Manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-r Manual. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2008). The revised neo personality inventory (neo-pi-r). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2, 179-198.
- Davenport, N., Schwartz, R. D. y Elliott, G. P. (2005). *Mobbing: emotional abuse in the American workplace* (3. edition). Iowa: Civil Society Publishing.
- Dujo, V. (2017). Mobbing: victimología y repercusiones forenses. En R. Arce (Presidencia), *X congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense*. Sevilla: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Dujo, V., González-Trijueque, D. y García-López, E. (2019). Violencia Sexual, Física y Psicológica en el trabajo. En E. García-López (Ed.), *Psicopatología de la Violencia: Aspectos jurídicos y evaluación criminológica* (pp. 266-309). Ciudad de Mexico: Manual Moderno.
- 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. *Front. Psychol*, 11:1856.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D. y Cooper, C. L. (2011). "The concept of bullying and harassment at work: the european tradition,". En S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf y C. L. Cooper (eds.), *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*, 2nd Edn, (Boca Raton, F.L.: CRC Press), 3-39.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (1999). Signos de sospecha en la simulación de trastornos mentales. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 35-44.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la Discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Escartín, J., Rodríguez-Carballeira, A. y Zapf, D. (2012). *Mobbing: Acoso psicológico en el trabajo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- EUROFOUND (2015). *Violence and Harassment in European Workplaces: Causes, Impacts and Policies*. Dublin: Eurofound.
- EUROFOUND (2017). *Sixth European Working Conditions Survey-Overview report (2017 update)*. Luxemburg: Publications Oficial of The European Union.
- Fidalgo, M., Gallego, Y., Ferrer, R., Nogareda, C., Pérez-Zambrana, G. y García- Maciá, R. (2009). *Nota Técnica Preventiva (NTP) 854. Acoso Psicológico en el Trabajo: Definición*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Freeman, D. y Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8), 1179-1189.
- González de Rivera, J. L. y López-García, J. A. (2003). La valoración médico-legal del mobbing o acoso laboral. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, 24 (3), 5-12.

- González de Rivera, J. L. y Rodríguez-Abuín, M. (2005). *LIPT-60. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico. Manual*. Madrid: Editorial EOS.
- González Ordí, H. y Santamaría Fernández, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas—SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- González-Trijueque, D. (2007). *El acoso psicológico en el lugar de trabajo: epidemiología, variables psicosociales y repercusiones forenses* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid
- González-Trijueque, D. y Delgado, S. (2011a). Propuesta metodológica para la evaluación pericial de la víctima de mobbing. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 11(1), 143-166.
- González-Trijueque, D., Dujó, V. y Marín, M. (2015). Theoretical basis of the forensic psychology at the workplace in Spain. *Review of psychology*, 22(1-2), 41-51.
- González-Trijueque, D., Tejero, R. y Delgado, S. (2011b). El mobbing desde la perspectiva de la psicología jurídica. En G. A. Hernández-Medina (Dir.), *Psicología Jurídica Iberoamericana*. Bogotá: El Manual Moderno.
- Graña, J. L. (2002). Análisis cognitivo-conductual de casos y su aplicación en el ámbito forense. En *Plan de Formación Continuada para Médicos Forenses, Personalidad: evaluación y perspectivas*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Guixot, C. G., Pulido, M. V., González, R. E. y Prieto, M. B. (2015). Protocolo diagnóstico del enfermo delirante. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5107-5111.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., (...) Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>.
- Hassard, J., Teoh, K. R., Visockaite, G., Dewe, P. y Cox, T. (2018). The financial burden of psychosocial workplace aggression: A systematic review of cost-of-illness studies. *Work & Stress*, 32(1), 6-32.
- Hogh, A., Clausen, T., Bickmann, L., Hansen, A. M., Conway, P. M. y Baernholdt, M. (2019). Consequences of workplace bullying for individuals, organizations and society. En P. D'Cruz, E. Noronha, G. Notelaers y C. Rayner (Eds.), *Concepts, Approaches and Methods. Handbooks of Workplace Bullying, Emotional Abuse and Harassment*. Singapore: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-6173-8_8-1
- Horcajo-Gil, P. J., Dujó, V. y González-Trijueque, D. (2017). Informe pericial psicológico: valoración de un caso de acoso psicológico laboral (mobbing) en la jurisdicción penal. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 17, 144-162.
- Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo (2009). *Informe Cisneros XI. Liderazgo tóxico y mobbing en la crisis económica: resumen de datos preliminares*.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*, 5(2), 165-184.
- Loerbroks, A., Weigl, M., Li, J., Glaser, J., Degen, C. y Angerer, P. (2015). Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 168-172. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.008>.
- Mármol, F., Luque, R., Farouk, M. y Fernández-Crehuet, R. (2015). Estudio descriptivo de series de casos de trastorno delirante. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 241-250.
- Martínez-Hernández, Á. y Medeiros-Ferreira, L. (2010). Anatomía de una confusión: error diagnóstico de patología paranoide en víctimas de mobbing. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(4), 167-174.
- Millon, T., Grossman, S. y Millon, C. (2018). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV [MCMI-IV]*. EEUU: Pearson.
- Morey, L. C. (2007). *Personality assessment inventory (PAI)*. Psychological Assessment Resources. Florida (EE. UU.).
- 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. <https://doi.org/10.5093/aj2013a10>

- Nielsen, M. B., Gjerstad, J., Jacobsen, D. P. y Einarsen, S. V. (2017). Does ability to defend moderate the association between exposure to bullying and symptoms of anxiety?. *Frontiers in psychology*, 8, 1953.
- Nielsen, M. B., Hoel, H., Zapf, D. y Einarsen, S. (2016). Exposure to aggression in the workplace. En S. Clarke, T. M. Probst, F. Guldenmund y J. Passmore (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of the psychology of occupational safety and workplace health* (pp. 205-227). London: Wiley-Blackwell.
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B. y Einarsen, S. (2010). The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *J. Occupat. Organ. Psychol.* 83, 955–979.
- Nielsen, M., Tangen, T., Idsoe, T., Matthiesen, S. y Mageroy, N. (2015). Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 17–24.
- Ordi, H. y Santamaría, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas–SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. TEA Ediciones, Madrid.
- Padial, O. y De la Iglesia, M. (2002). El mobbing como enfermedad de trabajo. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*, 7, 231-240.
- Pando, M. P., Aranda, C., Salazar, J. G. y Torres, T. M. (2016). Prevalencia de violencia psicológica y acoso laboral en trabajadores de Iberoamérica. *Enseñanza e investigación en psicología*, 21(1), 39-45.
- Piñuel, I. (2001). *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Térrae
- Reknes, I., Einarsen, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Moen, B. y Mageroy, N. (2016). Exposure to bullying behaviors at work and subsequent symptoms of anxiety: The moderating role of individual coping style. *Industrial Health*, 54(5), 421–432.
- Rodríguez-Abuín, M.J. y González de Rivera, J.L. (2006). *Diagnóstico diferencial del paranoidismo en los síndromes de acoso*. Encontrado el 7 de marzo de 2006 en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/13748/
- Ruiz, M. P. (2007). Detección y valoración pericial de la simulación o producción intencionada de síntomas, en un caso práctico de mobbing. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 165-178.
- Santamaría, P. (2009). *MMPI-2-RF. Adaptación española del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*. Dpto. I+D+i de TEA Ediciones.
- Soria, M. A. y Garrido, E. (2005). El acoso psicológico laboral (mobbing). En M. A. Soria (Coord.), *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid: Pirámide.
- Spielberger, C. D., Vagg, P. R. y Catalina, C. (2010). Cuestionario de estrés laboral. *CD Spielberger y PR Vagg, Cuestionario de estrés laboral*, 20-21.
- Tejero, R. y González-Trijueque, D. (2011). El mobbing o acoso psicológico en el lugar de trabajo: etiología, consecuencias, evaluación, marco legal y jurisprudencia. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 2, 283-313.
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape T., Hogstedt, C. (...) Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 738.
- Trépanier, S. G., Fernet, C. y Austin, S. (2015). A longitudinal investigation of workplace bullying, basic need satisfaction, and employee functioning. *J. Occup. Health Psychol.* 20:105.
- Verkuil, B., Atasayi, S. y Molendijk, M. L. (2015). Workplace bullying and mental health: A metaanalysis on cross-sectional and longitudinal data. *PLoS One*, 10(8), e0135225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135225>.
- Widows, M. R. y Smith, G. P. (2004). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Notas

¹ Los datos personales y datos íntimos de la persona peritada han sido modificados para imposibilitar su identificación. A nivel descriptivo tan solo se ha expuesto en el presente artículo la información relevante y necesaria para la comprensión del caso. El informe pericial se ha simplificado y adaptado al formato artículo para facilitar su comprensión.

² El apartado -Resultados de las pruebas administradas- refleja de manera resumida los resultados numéricos y principales conclusiones interpretativas de las pruebas.