

- Rogers, R. (1997). Researching dissimulation. En R. Rogers (Ed.). *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 398-426). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R., Harrell, E.H., & Liff, C.D. (1993). Feigning neuropsychological impairment: A critical review of methodological and clinical considerations. *Clinical Psychology Review*, 13, 255-274.
- Roig-Fusté, J.M. (1993). *MMPI y MMPI-2 en la exploración de la personalidad*. Barcelona: Agil Offset.
- Samuel, S.E., DeGiolano, J., Michals, T.J., y O'Brien, J. (1994). Preliminary findings on MMPI "Cannot Say" responses with personal injury litigants. *American Journal of Forensic Psychology*, 12(4), 5-18.
- Torre, J. de la (1999). La responsabilidad penal en las psicopatologías: valoraciones judiciales y jurisprudenciales. *Estudios de Psicología*, 63-64, 163-173.
- Vilariño, M., Arce, R., y Fariña, F. (2013). Forensic-clinical interview: Reliability and validity for the evaluation of psychological injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 1-21.
- Wicker, A.W. (1975). An application of a multiple-trait-multimethod logic to the reliability of observational records. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 575-579.

Evaluación psicológica forense de la victimización

Francisca Fariña Rivera,
Manuel Vilariño Vázquez
y Ramón Arce Fernández

Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte, Unidad de Psicología Forense, usc y Departamento de Psicología Organizacional, Jurídica-Forense y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, España

Consecuencias psicológicas de los eventos traumáticos: el trastorno por estrés postraumático

Tras la comisión de un delito se pone en marcha un proceso que para ser superado requiere del progreso efectivo de una secuencia de eslabones. De este modo, es imprescindible que el hecho sea detectado y denunciado; de lo contrario, el delito y la víctima pasarán a formar parte de la vasta lista que constituye la victimización oculta. Para que esto ocurra la víctima precisa de una cierta garantía de que su caso será tratado con éxito. El éxito en el proceso representa la mayor fuerza terapéutica para la víctima, de modo que sin afrontamiento judicial de la victimización, las probabilidades de alta terapéutica, en caso de daño, son mínimas (como veremos posteriormente, los comportamientos de evitación asociados al no afrontamiento de los daños, esto es, la evitación, son un síntoma clínico que redundará en la cronicidad del daño). Por su parte, el amparo judicial empodera a la víctima frente a futuras agresiones. A su vez, la pericial, bien ejecutada, es por sí misma enormemente terapéutica (Allan y Allan, 2000; Pennebaker, 1993). Una vez presentada la

denuncia, la carga de la prueba sobre los hechos y la autoría recae en la acusación, mientras que la inocencia o no culpabilidad no necesita demostración. En este sentido, la insuficiencia probatoria constituye un problema relevante dentro del ámbito penal especialmente para aquellos delitos que se producen en ausencia de testigos presenciales como los que ocurren al amparo de la intimidad del hogar (Arce, Seijo y Novo, 2010).

Pensemos, por ejemplo, en la casuística de la violencia de género. Es probable que ante muchas de las denuncias presentadas, el juez o el tribunal encargado de dirimir sobre el caso, esté limitado a sentenciar fundamentándose casi exclusivamente en el testimonio de las partes. En múltiples casos, el delito se restringe al ámbito privado, lo que elimina la presencia de testigos. Asimismo, es posible que no existan partes médicas, ya sea porque la denunciante no acudió a un profesional, o quizá sí los haya, pero los daños referidos pueden ser atribuidos a una causa diferente del maltrato, o incluso la propia violencia ejercida no implica agresiones físicas como acontece en el maltrato psicológico. Este tipo de consideraciones pueden atribuirse, de igual

modo, a una agresión sexual. Es cierto que pueden incorporarse pruebas biológicas como la presencia de semen o determinados daños físicos en las áreas genitales. No obstante, el mero reconocimiento por parte del imputado de la existencia de una relación sexual consentida, limitaría de forma considerable el valor de las pruebas biológicas aportadas.

En este contexto, la intervención del psicólogo forense puede representar un rol central, gracias a que la Psicología Forense ha desarrollado una serie de técnicas de evaluación dirigidas a estudiar la credibilidad del testimonio y el daño psicológico en víctimas de diferentes tipos de delitos.

La ONU define a la víctima como "aquella persona que ha sufrido un perjuicio, entendiéndose por ello una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante en sus derechos, como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o el derecho internacional, o bien sea un acto de abuso de los poderes públicos" (United Nations, 1988). A esta definición subyacen dos factores que constituyen los ejes centrales de la misma: la causación y las consecuencias.

Sobre las causas que motivan las víctimas establece una relación directa y unívoca: el delito. Por su parte, las consecuencias, secuelas en la terminología técnica aplicable a este contexto, para la víctima del hecho delictivo conforman lo que se ha denominado victimización. Ésta está constituida por el daño físico, el psíquico, entendiéndose por tal la lesión mental o el sufrimiento emocional, y el material.

El daño psíquico se ha definido mediante la medida de los efectos de un acto delictivo sobre la salud mental de la víctima. En la práctica forense la huella que se ha identificado como propia de un hecho delictivo es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) (v. gr., Blanchard y Hickling, 2004; Bryant y Harvey, 1995; Echeburúa y Corral, 1995; Taylor y Koch, 1995; Vallejo-Pareja, 1998) al comprobarse sistemática-

mente que este trastorno estaba relacionado con situaciones traumáticas de diversa índole, tales como agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 1995), desastres naturales (Hodgkinson et al., 1995), guerras (Albuquerque, 1992), secuestros, tortura o accidentes (Blanchard et al., 1996).

En términos de evaluación clínica, las hipótesis diagnósticas para estos casos también incluyen hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, inadaptación social, trastorno adaptativo, distimia, entre otros (v. gr., Echeburúa, Corral y Amor, 2002). Esto es, para el tratamiento clínico tiene más trascendencia la sintomatología que el origen de la misma. En todo caso, caben diferentes diagnósticos primarios, un diagnóstico primario y otro u otros secundarios, o sea, comorbilidad.

Sin embargo, en la práctica forense sólo es de interés el diagnóstico del TEP al tiempo que es preciso vincular éste con el objeto del delito o acción a juzgar. En otras palabras, sólo el TEP responde a la huella psíquica y, además, en el contexto legal es necesario establecer inequívocamente que es consecuencia del acto a juzgar y no de otra causa o de la interacción con otra causa. De hecho, otro diagnóstico tal como el de depresión no tiene valor legal alguno como huella psíquica porque no supone el trastorno de referencia ni puede relacionarse con la acción a juzgar.

Previamente a profundizar en el trastorno por estrés postraumático, es necesario reflejar que, al margen de estas consecuencias que podrían denominarse como ulteriores existe una serie de reacciones que aparecen de manera contigua al delito. En este sentido, la víctima sufre generalmente un shock que la inhabilita para actuar en esa situación. Maguire y Corbett (1987) entrevistaron a 242 víctimas de allanamiento de morada, robo y asalto; la mayoría se describe como muy afectada por el delito y 40% refirió que su primera reacción fue de shock, pánico y confusión. Además de estas reacciones numerosos estudios encuentran otras consecuencias inmediatas del delito, entre las que destacan: sentimientos de angustia, desconfianza, miedo, negación, vulnerabilidad e indefensión.

El Trastorno por Estrés Postraumático. Criterios diagnósticos

La categoría diagnóstica de Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) aparece oficialmente dentro de la terminología psiquiátrica en la tercera versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)* de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980. La edición actual, el *DSM-V* (American Psychiatric Association, 2013) recoge al TEP dentro del apartado dedicado a los trastornos de ansiedad, y lo define de acuerdo con los siguientes criterios diagnósticos:

Criterio A: La persona ha estado expuesta a un acontecimiento caracterizado por muertes, amenazas de muerte o violencia sexual en uno (o más) de las siguientes modos:

1. Experimentación directa de eventos traumáticos.
2. Testigo, en persona, de eventos traumáticos que les suceden a otros.
3. Conocimiento de eventos traumáticos que les sucedieron a familiares o amigos cercanos. En aquellos casos en los que los familiares o amigos hayan muerto o experimentado eventos cercanos a la muerte, éstos deben haber sido violentos o accidentales.
4. Exposición repetida o extrema a pormenores de eventos traumáticos que causan aversión (p. ej., servicios de emergencia reuniendo restos humanos; policías expuestos continuamente a casos de abuso de menores).

Criterio B: Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociados al evento traumático (de inicio posterior al acontecimiento del evento traumático):

1. Recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento traumático, que provocan malestar.
2. Sueños de carácter recurrente relacionados en contenido o afecto con el evento traumático, que producen malestar.

3. Reacciones disociativas (p. ej., *flashbacks*) en las que la persona actúa o siente que los hechos traumáticos están sucediendo de nuevo (estas reacciones pueden producirse a lo largo de un *continuum*, en el que la forma más extrema de expresión sería perder la noción de lo que está sucediendo en el presente).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas acusadas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerden un aspecto del acontecimiento traumático.

Criterio C: Evitación persistente de estímulos asociados con el evento traumático, de inicio posterior a la exposición al evento traumático, tal y como indica uno (o ambos) de los siguientes síntomas:

1. Evitación o esfuerzos para evitar pensamientos, recuerdos o sentimientos que provocan malestar sobre o estrechamente relacionados con el suceso traumático.
2. Evitación o esfuerzos para evitar estímulos externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones) asociados con el evento traumático que provoquen recuerdos, pensamientos o sentimientos desagradables.

Criterio D: Alteraciones negativas en las cogniciones y emociones asociadas al evento traumático, de inicio posterior (o empeoramiento) al evento traumático, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
2. Creencias o expectativas persistentes y exageradamente negativas sobre uno mismo, sobre los demás o sobre el mundo.
3. Cogniciones persistentes y distorsionadas sobre las causas o consecuencias del evento trauma-

mático que llevan a la persona a culparse a sí misma o a los demás.

4. Estado emocional negativo persistente.
5. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.

Criterio E: Alteraciones acusadas de la activación (arousal y reactividad) asociada con el evento traumático, de inicio posterior (o empeoramiento) al evento traumático, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Irritabilidad o ataques de ira, que generalmente se expresan en agresiones físicas o verbales a personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuestas exageradas o de sobresalto.
5. Dificultades para concentrarse.
6. Dificultades para conciliar y mantener el sueño.

Criterio F: Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, D y E) se prolongan más de un mes.

Criterio G: Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterio H: Estas alteraciones no son atribuibles a los efectos psicológicos de una sustancia (p. ej., medicación y alcohol) u otra enfermedad.

Comorbilidad y epidemiología

El TEP presenta una elevada comorbilidad, alcanzando cifras que rondan 80%, en algunos trabajos (p. ej., Brady, 1997; Solomon y Davidson, 1997). Así, se ha evidenciado que puede aparecer acompañado de otros cuadros como: trastorno depresivo mayor,

trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y suicidio, psicosis reactiva breve, trastorno disociativo de identidad múltiple, fuga disociativa, amnesia disociativa, trastornos de conversión, de despersonalización, por somatización, de personalidad tipo límite o antisocial o trastornos mixtos de la personalidad, hipocondriasis, histeria o trastorno adaptativo (p. ej., Brooks, 1995; Echeburúa et al., 2002; Embry, 1990; Green, Lindy y Grace, 1985; Schiebe, Bagby, Miller y Dorian, 2001).

Asimismo, en una investigación desarrollada con población general, Kessler, Sonnega, Hughes y Nelson (1995) encontraron que el TEP se acompañaba de otro trastorno en 17% de las mujeres y en 12% de los hombres, pero adicionalmente en 44% de las mujeres y en 59% de los hombres existían tres o más diagnósticos. Los resultados hallados mostraron que los diagnósticos que con mayor frecuencia acompañaban al TEP eran el abuso de alcohol, la depresión mayor, trastornos de conducta, fobia simple, fobia social, abuso de alcohol y agorafobia.

Se han propuesto cuatro enfoques diferentes para tratar de explicar la etiología de la comorbilidad del TEP. En primer lugar, algunos modelos establecen que la comorbilidad es consecuencia del TEP, esto es, los trastornos que aparecen asociados lo hacen como reacción al mismo. El segundo enfoque, asume que el evento traumático provoca los diferentes trastornos que aparecen en el individuo, es decir, tanto el TEP como los otros trastornos comórbidos serían consecuencia de los factores de vulnerabilidad (McMillen, North, Mosley y Smith, 2002). El tercer modelo establece que el TEP sería un diagnóstico falso consecuencia del solapamiento de los síntomas que componen los otros trastornos con el TEP; no obstante, este modelo, de acuerdo a varias investigaciones, no puede explicar satisfactoriamente la comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad con el TEP (Blanchard, Buckley, Hickling y Taylor, 1998; Franklin y Zimmerman, 2001; McMillen et al., 2002; Perkonig

y Wittchen, 1998). Por último, un cuarto enfoque sostiene que son psicopatologías preexistentes las que crean la vulnerabilidad que propicia el desarrollo del TEP. Sin embargo, sólo se ha observado psicopatología en un tercio de los casos de TEP (Perkonig, Kessler, Storz y Wittchen, 2000). Con estos modelos en mente, Wittmann, Moergeli, Martin-Soelch, Znoj y Schnyder (2008) pusieron a prueba los dos primeros e introdujeron la posibilidad de que el tipo de evento traumático también podría influir sobre la comorbilidad, considerando ésta como un tercer modelo. Sus resultados les llevaron a concluir que la integración de los tres modelos era la que mejor explicaba la comorbilidad.

En lo que concierne a la epidemiología, una primera aproximación permite apreciar una considerable heterogeneidad de los datos. En este sentido, algunos autores señalan cifras de prevalencia en población general de 1-2% (Helzer, Robins y McEvoy, 1987; Perkonig et al., 2000), mientras que otros elevan la prevalencia a valores muy superiores, alcanzándose cifras de 18,3% para población femenina (Breslau, David, Peterson y Schultz, 1997). Carvajal (2002) con base en una revisión de los trabajos de Lessler y Breslau estimó la prevalencia del TEP en función del hecho traumático y del sexo (véase figura 1):

Figura 1. Cuadro de la prevalencia (%) del TEP en función del hecho traumático y del sexo

Tipo de Trauma	H	M
Violación	65	45,9
Abuso sexual	12,2	26,5
Asalto	1,8	21,3
Accidente	6,3	8,8
Desastres naturales	3,7	5,4
Combate	38,8	—
Testigo de muertes o lesiones graves	9,1	2,8
Informarse acerca del hecho traumático	1,4	3,2
Muerte súbita de un ser querido	12,6	16,2

H (Hombres) M (Mujeres)

Dentro del Estado Español, Echeburúa y Corral (1998) corroboraron, entre víctimas de violencia de género, una prevalencia entre 50-55%. Posteriormente, se observó una prevalencia de 54,5% en una muestra compuesta por víctimas de agresión sexual, violencia familiar y terrorismo. Específicamente, se detectaron prevalencias de 66,7% en víctimas de atentados terroristas, de 69,9% para las agresiones sexuales y de 46,2% en los pacientes afectados por violencia de género (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa et al., 2002). También, entre de víctimas de violencia de género, Vilariño, Arce, y Carballal (2009) hallaron una prevalencia de 56 por ciento.

En cualquiera caso, Rosen (2006) señala la necesidad de ser cautos a la hora de tomar como reales los valores encontrados en la investigación, debido al riesgo considerable de que estén sobreestimados como consecuencia de la simulación del trastorno. De hecho, se ha documentado la existencia de cuadros simulados de TEP (Burkett y Whitley, 1998; Lynn y Belza, 1984; Rosen, 1995) y la dificultad que entraña la detección de presentaciones fingidas del Trastorno (Hickling, Blanchard, Mundy y Galovski, 2002; Rosen y Phillips, 2004). En esta línea, Rosen y Taylor (2007) desarrollaron el concepto de Pseudo-TEP, para referirse a aquellos casos en los que la sintomatología presentada por el paciente es una simulación.

Con el objetivo de proteger los datos epidemiológicos del TEP, sería conveniente, tal y como recomiendan los autores, que se siguiesen las recomendaciones de la American Psychiatric Association, referentes a la necesidad de descartar la simulación en aquellos casos en que pueda presentarse y que aparecen recogidas en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). De este modo, cuando los evaluados estén inmersos en procesos judiciales de los que podrían derivarse beneficios o ventajas, existe un claro riesgo de presentación simulada y, de no llevarse a cabo un estudio de la misma, corremos el riesgo de realizar un diagnóstico falso. En definitiva, sería recomendable adoptar una postura

cauta en relación con los datos de prevalencia del TEP y, para favorecer una adecuada estimación de los datos epidemiológicos, cuando se realicen investigaciones, llevar a cabo un estudio de la simulación con todos los medios existentes.

Factores mediadores en el desarrollo del trastorno

Nadie está exento de padecer a lo largo de su vida algún evento traumático con potencial suficiente para desarrollar un TEP, pero esta condición no garantiza la aparición de la patología. De hecho, se estima que en torno a 30% de la población general se ve expuesta a acontecimientos de estas características, pero sólo entre 10% y 20% desarrollarán el TEP (Simon, 1995). En esta línea, en estudios realizados con población norteamericana (Breslau et al., 1995; Davidson, 2000; Kessler, Sonnega, Hughes y Nelson, 1995) se hallaron cifras de prevalencia de exposición a sucesos traumáticos, que oscilaban entre 39.1% y 60% a lo largo de la vida. Por consiguiente, podría concluirse que las situaciones traumáticas son un fenómeno bastante habitual. No obstante, la probabilidad de desarrollar un TEP es relativamente baja, lo que ha llevado a algunos autores a señalar que la mayoría de las personas expuestas a un trauma no desarrollarán la enfermedad (Show, Stelleman, Stelleman, Sommer y Sommer, 1998).

Estos resultados motivaron la realización de diferentes investigaciones dirigidas a analizar qué variables intervienen en el impacto de la vivencia traumática, o lo que es lo mismo, cuáles serían los factores de riesgo para desarrollar un TEP. Así, se ha trabajado sobre una doble tipología de variables: exógenas y endógenas; esto es, factores dependientes del hecho traumático (variables exógenas) y dependientes del sujeto (variables endógenas) (Carballal, 2009; Carvajal, 2002).

En relación con las características del evento traumático, se ha considerado que su intensidad y fre-

cuencia intervienen en la probabilidad de que se desencadene un TEP. Asimismo, si el suceso traumático es producto de la acción del ser humano existen más probabilidades de que se desarrolle el trastorno, que si es fruto de un desastre natural (Breslau y Davis, 1992; Breslau, 1995). De acuerdo con Carballal (2009) los eventos que se han considerado más proclives para desarrollar el TEP son los siguientes: catástrofes naturales (terremotos, huracanes, etc.), catástrofes no naturales (guerras, atentados terroristas, etc.), actos violentos (asaltos, violencia familiar etc.), abusos (abusos sexuales, violaciones, etc.), enfermedades graves y sus tratamientos (trasplantes, cáncer, etc.) y traumas a seres queridos (muerte súbita, lesiones graves, etc.). En esta línea, son varios los estudios que coinciden en señalar la agresión sexual como el acontecimiento traumático que implica un mayor desarrollo del TEP, estimándose que entre 50-70% de las mujeres violadas lo padecen (Darles-Bornoz y Lépine, 1999; Echeburúa et al., 2002). Sin embargo, no existe homogeneidad epidemiológica y otros estudios muestran probabilidades inferiores (Foa, 1997).

Atendiendo a los factores dependientes del sujeto, se ha observado que un importante número de personas manifiesta una elevada resistencia ante eventos estresantes de carácter extremo (Avia y Vázquez, 2006). Por consiguiente, no existe una relación lineal entre la intensidad del acontecimiento traumático y la reacción de la persona al mismo. En esta línea, Foa, Zinbarg y Rothbaum (1992) han señalado que la capacidad de control que tiene el sujeto sobre la situación, la capacidad de predecir el hecho y la amenaza percibida son factores que gradúan la intensidad de la respuesta al trauma. Otros factores relativos al individuo serían el sexo, la personalidad y las enfermedades mentales previas. Así, se ha observado que las mujeres presentan el doble de posibilidades de presentar el TEP que los hombres (Breslau et al., 1998; Kessler et al., 1995); que rasgos de personalidad como el neuroticismo o antecedentes de alteración de conducta en la preadolescencia (robo, vandalismo, etc.) elevan el riesgo de desarrollar el

trastorno (Breslau et al., 1991; Helzer et al., 1987); y que la existencia de enfermedades mentales previas representa uno de los factores de mayor vulnerabilidad (Breslau et al., 1991; Bromet, Sonnega y Kessler, 1998). Por su parte, Avia y Vázquez (2006) recogen una serie de factores que de manera genérica intervienen en el desarrollo del TEP tras la experiencia de un acontecimiento traumático, éstos son: personalidad, historia familiar, apoyo recibido, estilo de afrontamiento, experiencias pasadas, rasgos biológicos y la coexistencia de otros eventos negativos.

En definitiva, la literatura refiere una amplia gama de factores relativos tanto al evento traumático como al individuo que median entre la experiencia del delito y el desarrollo de la sintomatología del TEP. En este sentido, el número de trabajos existentes dentro de esta línea de investigación es elevado y los resultados obtenidos no son unívocos como se pudo verificar en las investigaciones precedentes. No obstante, lo que sí ha patentado la investigación es que el mero padecimiento de un evento traumático no es garantía suficiente para el desarrollo de la patología.

Otras consecuencias psicológicas del delito

Anteriormente se refirió —en escala clínica— que podían detectarse otro tipo de secuelas, más allá del TEP, en las víctimas entre la que destacan la hipochondriasis, histeria, depresión, ansiedad, inadaptación social, trastorno adaptativo, distimia, etc. (p. ej., Echeburúa et al., 2002). De acuerdo con lo visto en el apartado precedente, la tipología sintomatológica que se registra es abundante y variable en función de la víctima y del tipo de delictivo, esto es, múltiples factores median entre el delito y los síntomas que afloran en la víctima. Por consiguiente, trascienden claramente los objetivos de este capítulo al realizar un abordaje exhaustivo que ahonde en todas y cada una de las diferentes patologías que la literatura ha ido señalando como presentes en las víctimas de delitos violentos.

No obstante, si se pretende entender las reacciones de las víctimas es necesario poner de manifiesto que su sistema de creencias se ve fuertemente afectado. En esta línea, la mayoría de las personas no conciben que puedan ser víctimas potenciales de un delito, por ello cuando éste se produce, su concepción del mundo y sus ideas personales son destruidas, dando lugar a sentimientos de ansiedad, desesperanza y temor.

La literatura ha explicado estas reacciones con base en la pérdida del sentido de invulnerabilidad, en la percepción de pérdida de valía personal y en la definición del mundo como un lugar justo. En primer lugar, la ilusión de invulnerabilidad nos protege del estrés y la ansiedad asociados a la amenaza de un delito, por consiguiente cuando este se produce conlleva la pérdida del sentido de invulnerabilidad lo que provoca en el individuo una sensación de inseguridad. En suma, la victimización destruye esa creencia y después es fácil imaginarse a uno mismo de nuevo en el rol de víctima.

En segundo lugar, la percepción de pérdida de valía personal se refiere a que las víctimas se preguntan por qué fueron víctimas. El espectro de respuestas abarca desde decirse que ellas no obraron bien, hasta autoperibirse como diferentes de otras personas por "haber sido seleccionadas". Como consecuencia brota una autopercepción negativa de sí mismas y una pérdida de autoestima.

Tercero, la definición del mundo como un lugar justo implica asumir la ilusión de invulnerabilidad que deriva en la creencia de que la gente "tiene lo que se merece". Ante la experiencia de una victimización aparece la cuestión "¿por qué a mí?" y ante la ausencia de respuesta, la víctima se suele culpar a sí misma de sus experiencias.

En lo que concierne a la superación de la desestructuración que genera una experiencia de victimización va a depender de las competencias del sujeto para integrar el hecho en sus esquemas persona-

les. De este modo, se verá obligado a reestablecer su sistema conceptual, usando sus estrategias personales o demandando la ayuda necesaria, en caso de que existan circunstancias que merman la capacidad personal para poner en práctica dichas estrategias.

En suma, al margen de la sintomatología propia del TEP, las víctimas de delitos pueden presentar una amplia gama de patologías y síntomas a escala psíquica, ya sea de modo independiente o comórbido entre sí. Además, a escala cognitiva tiende a producirse una reestructuración del marco de creencias de la víctima que se materializa en una modificación de las ideas personales y la concepción del mundo.

Evaluación psicológica forense de la víctima

De acuerdo con lo mencionado en el capítulo anterior, la huella psíquica de un acto delictivo, esto es, el daño psíquico originado por un determinado delito se identifica a través de la evaluación de los efectos provocados en la salud mental o emocional de la víctima. Adicionalmente, se ha de establecer de forma inequívoca una relación de causalidad entre el delito y los síntomas detectados. En consecuencia, además de evaluar el estado clínico de la víctima, se ha de establecer una relación causa-efecto entre el daño observado y el delito. Además, también se ha de controlar una potencial simulación o fingimiento de síntomas.

De los diversos trastornos mentales clasificados en los tratados internacionales de enfermedades mentales de referencia, el Trastorno de Estrés Posttraumático es el que mejor se ajusta a esta demanda. La sintomatología que configura este trastorno es reactiva a un determinado evento traumático y, por consiguiente, fácilmente asociada al mismo. De este modo, se ha tomado como la medida primaria, mientras que como trastornos secundarios sobresalen la depresión, inadaptación social, ansiedad y

disfunciones sexuales. En consecuencia, desde un punto de vista forense, sólo podemos hablar de la presencia de daño psíquico cuando se verifica en la víctima el padecimiento de este trastorno, que puede acompañarse de otros síntomas o patologías mórbidas, pero que carecen, por sí solas, de entidad suficiente para considerarlas daño psíquico, al no posibilitar el establecimiento de dicha relación de causalidad.

No obstante, el hecho de no registrar en la víctima el padecimiento del TEP, no implica que ésta no haya sido víctima, sino que simplemente no ha desarrollado el trastorno y que, por consiguiente, la victimización no ha dejado una huella psicológica que pueda sustanciarse en una prueba judicial. De facto, la literatura es consistente al evidenciar que no todas las víctimas de un delito desarrollan el TEP.

Evaluación de la huella psíquica del delito: protocolo de evaluación forense de Arce y Fariña

Para la medida de la huella psíquica y el control de la simulación, hipótesis a contrastar en la medida de la huella psíquica de un delito, Arce y Fariña (2005, 2006a, 2006b, 2007) han creado y validado un protocolo de actuación en función de las respuestas y estrategias seguidas por los simuladores. Éste parte de la distinción operativa entre criterios positivos, que validan el protocolo, y negativos, que invalidan o mitigan la validez del mismo.

Los criterios positivos serían aquellos que no se detectan en los protocolos de los simuladores, identificados en los estudios de campo, como:

- La evitación de respuestas.
- La deseabilidad social.

En consecuencia, aquellos protocolos de respuesta que la Escala de Interrogantes del MMPI advierte que se abstienen significativamente de dar respuestas, y que la Escala L informa de posible invalidez por

deseabilidad social en las repuestas, han de tomarse en la dirección de validez del protocolo. Es preciso tener en mente que la ausencia de colaboración con la evaluación (no respuestas) se había propuesto como un indicador fiable de simulación (v. gr., Bagby et al., 1997; Lewis y Saarni, 1993; Rogers, 1992), pero esta contingencia nunca fue observada entre los simuladores en una evaluación forense.

Por otro lado, los criterios negativos, esto es, observados en los protocolos de los simuladores, fueron:

- Los sistemas de medición (MMPI, entrevista u otros), no detectan, en protocolos válidos, enfermedad mental (en otras palabras, si los instrumentos de medida no detectan enfermedad mental alguna, no se puede sostener la misma en el contexto legal).
- Las escalas de control de validez del MMPI y sus combinaciones detectan simulación.
- La detección de alguna estrategia de simulación en la entrevista.
- La ausencia de concordancia inter-medidas.

El primer criterio es eliminatorio, o sea, si la enfermedad mental no es medible, no se puede sostener una huella psíquica en la victimización. Los restantes, en sí mismos, no son determinantes, con lo que se requerirá, cuando menos, la complementación de dos criterios y el estudio de las hipótesis alternativas para concluir en relación con la simulación de la huella psíquica. Para estos últimos indicios de no validez formularon el concepto de invalidez convergente que requiere de, al menos, dos indicios de invalidez totalmente independientes para invalidar un protocolo. En función de estos criterios se formuló la siguiente propuesta de protocolo de actuación:

- Anamnesis o estudio de los antecedentes.* Se pretende reforzar la evaluación con los antecedentes del sujeto, datos del entorno, un estudio de su comportamiento, etcétera.
- Recurso a sistemas de medida complementarios y concordantes,* que presupongan la ejecución

de tareas distintas (recuerdo vs. reconocimiento) y que contengan sistemas de control de la validez. Así, se propone someter al sujeto a una evaluación psicométrica (p. ej., MMPI-2 o SCL-90-R), que implica una tarea de reconocimiento de síntomas, y a una medida mediante una tarea de conocimiento, la *Entrevista Clínico-Forense*. La primera medida a tomar ha de ser a través de la entrevista para controlar el efecto del aprendizaje de la tarea psicométrica en la tarea de conocimiento. En lo referente a la concordancia inter-medidas debe tenerse presente que ésta no va a ser total, en este sentido incluso las medidas test-retest admiten un cierto margen de inconsistencia.

- Análisis de la consistencia interna de las medidas.* Análisis de las escalas de control de los instrumentos psicométricos, y, en la entrevista, análisis de contenido en busca de las estrategias habituales de simulación. Las escalas de control de validez del MMPI-2 (Hathaway y Mckinley, 1999) con implicaciones para el estudio de la simulaciones según este protocolo son las escalas originales de validez (escalas de no respuestas, L, F y K), los indicadores adicionales de validez del protocolo (F posterior, TRIN, VRIN), así como los índices que se han mostrado efectivos en la detección de la simulación de trastornos, el *índice F-K*, y el *perfil en V invertida*. Si la evaluación psicométrica se obtiene a través del SCL-90-R (Derogatis, 2002), las escalas de validez serían la PST, CSI y PSDI. Por su parte, las entrevistas se someten a un análisis de contenido tomando como categorías las estrategias que siguen los simuladores en las entrevistas: no cooperación con la evaluación, síntomas sutiles, síntomas improbables/absurdos, síntomas obvios, síntomas (cuasi) raros, combinación de síntomas y patrones espurios de psicopatología, severidad de síntomas, inconsistencia de síntomas, estereotipos erróneos, agrupación indiscriminada de síntomas (Arce y Fariña, 2001; Vilariño, Arce y Fariña, 2013).
- Es aconsejable que dos evaluadores, por separado, lleven a cabo la evaluación,* con lo que se

podrá contrastar la consistencia inter-evaluador que permite controlar posibles sesgos de medida e interpretación en el evaluador.

- *Estudio de la fiabilidad de la evaluación*: consistencia interna, inter-medidas, inter-contextos (antecedentes, pruebas documentales, etc.), e inter-evaluadores (Arce y Fariña, 2005, 2006a, 2006b; 2007).
- *Control de falsos positivos*, esto es, enfermos reales, a través de un estudio de los antecedentes e historia general del sujeto, de las hipótesis alternativas en cada indicador de no validez, y del cumplimiento de los criterios del Modelo de Decisión Clínica para el establecimiento de la simulación (Cunnien, 1997).
- *Estudio psicológico de la huella psíquica*. Las medidas clínicas revisadas anteriormente proporcionan datos respecto a lo que legalmente se denomina *evaluación biológica*, pero ésta requiere, también según la demanda legal, de lo que llaman *evaluación psicológica* en la que se clarifique la relación entre la huella psíquica medida y la huella psíquica esperada para ese caso. Si bien, la huella psíquica tiene como referencia el TEP, ha de tenerse un cuidado especial con las medidas indirectas del mismo (p. ej., hipocondriasis, histeria, depresión, ansiedad, distimia, aislamiento social, inadaptación social), que pueden servir como potenciadores del diagnóstico del TEP pero no sustituirlo, al tiempo que ha de tenerse presente que éstas no son consistentes inter-delito. Además, es preciso descartar otras causas al margen del acto delictivo.
- En todo caso, recordar que el perito ha de tener en cuenta las siguientes máximas: no todos los actos delictivos producen un TEP; y la no presencia del TEP no implica que la agresión no haya ocurrido.
- *Poner a prueba la validez discriminante*. Puede realizarse una medida no relacionada con el caso, tal como de valores o personalidad (16-PF, SIV), esperando que no presente relación alguna con la evaluación objetivo y se descarte un

intento de manipulación de la imagen, tanto en positivo como en negativo.

La impresión resultante sobre la simulación se ha de ajustar a las siguientes categorías: *probablemente simulador* o *probablemente no simulador*. Es importante dejar a un lado la intención de establecer la certeza (p. ej. situar la impresión en una escala de varios puntos) porque crea confusión a los decisores (p. ej., sentencia del Tribunal Supremo (TS) de 29 de octubre de 1981, RA 3902), al tiempo que es importante utilizar términos probabilísticos puesto que la evaluación psicológica está sujeta a error.

Referencias

- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en excombatientes. En Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 171-187). Madrid: Pirámide.
- Allan, A. y Allan, M.M. (2000). The South African Truth and Reconciliation Commission as a Therapeutic Tool. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(4), 459-477.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Arce, R., y Fariña, F. (2001). *Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista forense*. Manuscrito Inédito, Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Arce, R., y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El Sistema de Evaluación Global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26, 59-77.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006a). Psicología del testimonio: Evaluación de la credibilidad y de la huella psíquica en el contexto penal. En Consejo General del Poder Judicial (Ed.). *Psicología del testimonio y prueba pericial* (pp. 39-103). Madrid: Consejo General de Poder Judicial.
- Arce, R., y Fariña, F. (2006b). Psicología del testimonio y evaluación cognitiva de la veracidad de testimonios y declaraciones. En J.C. Sierra, E.M. Jiménez y G. Buela-Casal (Coords.), *Psicología forense: Manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 563-601). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce, R., y Fariña, F. (2007). Cómo evaluar el daño moral consecuencia de accidentes de tráfico: validación de un protocolo de medida. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 205-210.
- Arce, R., Seijo, A., y Novo, M. (2010). Testimony validity: A Comparative Study of Legal and Empirical Criteria. *Psychology in Spain*, 14(1), 1-7.
- Avia, M.D., y Vázquez, C. (2006). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bagby, R.M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R.A., Cameron, S.L., Rector, N.A., Schuller, D.R., y See-man, M.V. (1997). Detecting Feigned Depression and Schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 68(3), 650-664.
- Blanchard, E.B., Buckley, T.C., Hickling, E.J., y Taylor, A.E. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Major Depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 21-37.
- Blanchard, E.B., y Hickling, H.J. (2004). What are the Psychosocial Effects of MVAs on Survivors? En E.B. Blanchard y E.J. Hickling (Eds.). *After the crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle accidents* (2ª ed., pp. 57-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R., Forneris, C.A., y Jaccaard, J. (1996). Who Develops PTSD from Motor Vehicle Accidents? *Behaviour Research & Therapy*, 34, 1-10.
- Brady, K.T. (1997). Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity: Recognizing the Many Faces of PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 12-15.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P. y Peterson, E. (1995). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., y Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brooks, N. (1995). Compensation for Psychological Injury. En R. Bull y D. Carson (Eds.). *Handbook of Psychology in Legal Contexts* (pp. 427-444). Chichester, UK: John Wiley and Sons.
- Bryant, R.A., y Harvey, A.G. (1995). Avoidant Coping Style and Posttraumatic Stress Following Motor Vehicle Accidents. *Behaviour Research Review*, 15, 721-738.
- Burkett, B.G., y Whitley, G. (1998). *Stolen Valor: how the Vietnam generation was robbed of its heroes and its history*. Dallas, TX: Verity Press.
- Carballal, A. (2009). *Evaluación forense de la huella psíquica como prueba de cargo en casos de víctimas de violencia de género*. Santiago de Compos-

- tela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela. Recuperado de: https://dSPACE.usc.es/bitstream/10347/2550/1/9788498872125_content.pdf
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por Estrés Post-traumático. Aspectos Clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(2), 20-34. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci_arttext
- Cunnien, A.J. (1997). Psychiatric and Medical Syndromes Associated with Deception. En R. Rogers (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. Nueva York: Guilford Press.
- Darles-Bornoz, J., y Lépine, J. (1999). Predictive Factors of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims. *European Psychiatry*, 13, 281-287.
- Davidson, J. (2000). Trauma: Impact of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal Psychopharmacol*, 14, 5-12.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de crímenes violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasúa, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. La Coruña, España: Fundación Paideia.
- Embry, C. (1990). *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B. (1997, Septiembre). Post-traumatic stress disorder. *Theory and treatment: An update*. Comunicación presentada en el XXVII Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Venecia.
- Foa, E.B., Zinbarg, R., y Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and Unpredictability in Post-traumatic Stress Disorder: an Animal Model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Franklin, C.L., y Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder: Investigating the Role of Overlapping Symptoms in Diagnostic Comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 548-551.
- Green, B., Lindy, J., y Grace, M. (1985). Posttraumatic Stress Disorder. Toward DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 406-411.
- Hathaway, S.R., y McKinley, J.C. (1999). *Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Helzer, J.E., Robins, L.M., y McEvoy, L. (1987). Posttraumatic Stress Disorder in the General Population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *The New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Hickling, E.J., Blanchard, E.B., Mundy, E., y Galovski, T.E. (2002). Detection of Malingered MVA Related Posttraumatic Stress Disorder: An Investigation of the Ability to Detect Professional Actors by Experienced Clinicians, Psychological Tests, and Psychophysiological Assessment. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2, 33-54.
- Hodgkinson, P.E., Joseph, S., Yule, W., y Williams, R. (1995). Measuring Grief After Sudden Violent Death: Zeebrugge Bereaved at 30 Months. *Personality and Individual Differences*, 18, 805-808.
- Kessler, R., Sonnega, A., Hughes, M., y Nelson, C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Lewis, M., y Saarni, C. (1993). *Lying and Deception in Everyday Life*. Nueva York: Guilford Press.
- Lynn, E.J., y Belza, N. (1984). Factitious Post-traumatic Stress Disorder: the Veteran who Never got to Vietnam. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 697-701.
- Maguire M., y Corbett, C. (1987). *The effects of crime and the work of victim support schemes*. Aldershot, UK: Gower.
- McMillen, C., North, C., y Smith, E. (2002). Untangling the Psychiatric Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder in a Sample of Flood Survivors. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 478-485.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, Linguistics, and Therapeutic Implications. *Behaviour, Research and Therapy*, 31(6), 539-548.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., y Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 46-59.
- Perkonig, A., y Wittchen, H.U. (1998). Traumatic Events and DSM-IV Post-traumatic Stress Disorder in Adolescents and Young Adults. En A. Maerker, M. Schützwohl y Z. Solomon (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder: A Life Span Developmental Perspective* (pp. 114-133). Göttingen, Holanda: Hogrefe.
- Rogers, R. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosen, G.M. (1995). The Aleutian Enterprise Sinking and Post-traumatic Stress Disorder: Misdiagnosis in Clinical and Forensic Settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1, 82-87.
- Rosen, G.M. (2006). DSM's Cautionary Guideline to Rule out Malingering can Protect the PTSD Data Base. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 530-535.
- Rosen, G.M., y Phillips, W.R. (2004). A Cautionary Lesson from Simulated Patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 132-133.
- Rosen, G.M., y Taylor, S. (2007). Pseudo-PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 201-210.
- Schiebe, S., Bagby, R.M., Miller, L.S., y Dorian, B.J. (2001). Assessing Post-traumatic Stress Disorder with the MMPI-2 in a Sample of Workplace Accident Victims. *Psychological Assessment*, 13(3), 369-374.
- Show, B., Stellman, J., Stellman, S., Sommer, J. y Sommer, J. (1988). Post-traumatic Stress Disorder Among American Legionnaires in Relation to Combat Experience in Vietnam. Associated and Contributing Factors. *Environmental Research*, 47(2) 175-192.
- Simon, R. (1995). *Post-traumatic stress disorder in litigation: Guidelines for forensic assessment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Solomon, S.D., y Davidson (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service use, and cost. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 5-11.

Taylor, S., y Koch, W.J. (1995). Anxiety Disorders due to Motor Vehicle Accidents: Nature and Treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.

United Nations. (1988). *Committee on Crime Prevention and Control. Report on the Tenth Session*. Viena: United Nations Publications.

Vallejo-Pareja, M. (1998). *Avances en modificación y terapia de conducta: Técnicas de intervención*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Vilariño, M., Arce, R., y Carballal, A. (2009, Noviembre). *Epidemiología de víctimas reales de violencia de género*. Comunicación presentada al V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense, Granada, España.

Vilariño, M., Arce, F., y Fariña, F. (2013). Forensic-clinical Interview: Reliability and Validity for the Evaluation of Psychological Injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 1-21.

Wittmann, L., Moergeli, H., Martin-Soelch, C, Znoj, H., y Schnyder, U. (2008). Comorbidity in Posttraumatic Stress Disorder: a Structural Equation Modeling Approach. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 430-440.

Psicología jurídica y Justicia Terapéutica

Una cuestión de derechos humanos, sentimientos constitucionales y desarrollo moral

Eric García-López

Facultad de Medicina, UNAM

Uno de los problemas fundamentales que se plantea dentro de cualquier sistema democrático es garantizar a los ciudadanos el acceso oportuno y eficaz a la justicia.

DIEGO VALADÉS

La psicología jurídica es la psicología aplicada al mejor ejercicio del derecho.

EMILIO MIRA I. LÓPEZ

Introducción

La dignidad humana es el principio y el fin de todos los derechos. Aún más, el daño causado a esta dignidad, por mínimo que sea, es la fuente de todas las violencias. Asimismo, la cooperación, el altruismo y la empatía no son sino provisiones biológicas para un desarrollo consciente del respeto al otro, mismo que a la postre explica el papel fundacional de los derechos humanos.

El tejido de este capítulo está constituido por elementos conceptuales ya llevados a la práctica.¹ Por ejemplo, y con fines de consenso, la psicología jurídica implica el estudio científico del comportamiento humano en todos los ámbitos jurídicos; abarca todas las partes del Derecho y significa un análisis profundo de las aspiraciones sociales que representan las leyes.

Desarrollo

La estructura de la psicología jurídica contiene aplicaciones en psicopatología forense, justicia restaurativa, atención a víctimas y credibilidad del testimonio, entre muchas otras áreas. Baste con recordar que vocablos tales como "cognición", "volición", "memoria", "conducta", "aprendizaje" o "personalidad" forman parte indisoluble de los fundamentos del Derecho.

Es decir, todos los análisis jurídicos relacionados con estos conceptos habrán sido analizados también

¹ Es curioso: aún hay quien cree —y dice sin rubor— que el nexo entre lo conceptual (teórico, académico; dicen con desprecio) y lo práctico es apenas menos que un compromiso como si fuera sustentable hacer sin pensar y viceversa.



II CONGRESO IBEROAMERICANO
de JUSTICIA TERAPÉUTICA

4 - 6 Diciembre, 2014
Salón Fuerte de Guadalupe, Centro Expositor, Puebla, Pue.

www.2cijt.htsjpuebla.gob.mx

BN 978-607-9404-33-8
86079 404338



PODER JUDICIAL



INACIPE

PGR
PROCURADURÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA



GOBIERNO DE
PUEBLA
ACCIONES QUE
TRANSFORMAN

DIF
ESTADO DE PUEBLA
TRANSFORMANDO FAMILIAS

JUSTICIA TERAPÉUTICA: EXPERIENCIAS Y APLICACIONES

JUSTICIA TERAPÉUTICA: EXPERIENCIAS Y APLICACIONES

COMPILADORES:

David B. Wexler

Francisca Fariña Rivera

Luz Anyela Morales Quintero

Sara Patricia Colín Soto



II CONGRESO IBEROAMERICANO
de JUSTICIA TERAPÉUTICA

4 - 6 Diciembre, 2014. Puebla, México.

© 2014 Poder Judicial del Estado de Puebla

© 2014 Asociación Iberoamericana de Justicia Terapéutica

© 2014 Instituto Nacional de Ciencias Penales (Inacipe)

Esta obra es producto del esfuerzo de investigadores, profesores y especialistas en la materia cuyos textos están dirigidos a estudiantes, expertos y público en general. Considere que fotocopiarla es una falta de respeto a los participantes en la misma y una violación a sus derechos.

Las opiniones expresadas en esta obra son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan la postura del Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Agradecemos la colaboración de Gloria Cuapanteca Gallegos y Anely Vega Vega, estudiantes de Criminología de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), auxiliares de Investigación en el Proyecto "Emociones, empatía y violencia", Vicerrectoría de Investigación y Posgrado de la BUAP.



INACIPE

Instituto Nacional de Ciencias Penales
Magisterio Nacional núm. 113, Col. Tlalpan,
Del. Tlalpan, C.P. 14000, México, D.F.

www.inacipe.gob.mx
publicaciones@inacipe.gob.mx

ISBN:

Se prohíbe la reproducción parcial o total, sin importar el medio, de cualquier capítulo o información de esta obra, sin previa y expresa autorización del Instituto Nacional de Ciencias Penales, Poder Judicial de Puebla y de AITJ titulares de todos los derechos.

Impreso en México • Printed in Mexico

Conozca nuestra oferta educativa

Posgrado • Investigación • Capacitación • Publicaciones

Contenido

Presentación

| XIII

Nuevo vino en nuevas botellas: la necesidad de diseñar un "código" de procesos y prácticas penales desde la perspectiva de la Justicia Terapéutica

DAVID B. WEXLER

| 1

Introducción

| 1

Líquido

| 2

Botellas

| 3

Proceso de la libertad condicional "de fondo"

| 3

Desvío y rehabilitación posterior al delito y posterior a la condena

| 6

Apelación

| 8

Conclusiones

| 9

Referencias

| 9

Justicia Terapéutica: barreras y oportunidades para su aplicabilidad en México

LUZ ANYELA MORALES QUINTERO Y MARÍA BELINDA AGUILAR DÍAZ

| 11

Introducción

| 11

La Justicia Terapéutica en México

| 11

Algunas confusiones

| 13

Antecedentes

| 13

Concepto

| 15

Aplicabilidad

| 20

Conclusiones

| 24

Referencias

| 25

Justicia Terapéutica en México

MARTHA FRÍAS ARMENTA

| 29

Introducción

| 29

Definición de jurisprudencia o Justicia Terapéutica

| 29

Desarrollo en México

| 31

Análisis sobre maltrato infantil

| 31

Principios de la Justicia Terapéutica

| 33

Las cortes de drogas

| 33

Comentarios finales

| 35

Referencias

| 35

Derechos Humanos y Justicia Terapéutica en México			
LUIS ENRIQUE OSUNA SÁNCHEZ		39	
Introducción		39	
Vertiendo vino en las botellas mexicanas		40	
La amplitud de la Justicia Terapéutica		43	
El caso mexicano		44	
Conclusión		45	
Referencias		46	
Los conflictos de derecho de la persona y la familia y la			
PASCUAL ORTUÑO MUÑOZ		47	
Introducción: El nuevo papel de la justicia en el siglo XXI		47	
La incorporación de una perspectiva terapéutica en los litigios de familia		50	
En las rupturas familiares		50	
En los conflictos de custodia de hijos menores		51	
En los conflictos intergeneracionales		53	
En las consecuencias de la discapacidad		53	
Conclusión		54	
Referencias		55	
Programa "Ruptura de pareja, no de familia".			
Seis sesiones de intervención integral para toda la familia			
FRANCISCA FARIÑA RIVERA, RAMÓN ARCE FERNÁNDEZ, MERCEDÉS NOVO PÉREZ Y DOLORES SEJO MARTÍNEZ		57	
Introducción		57	
Programa "Ruptura de pareja, no de familia"		58	
Programa grupal "Ruptura de pareja, no de familia"		59	
Modalidad para adultos		59	
Objetivos		59	
Temporalidad del programa		60	
Modalidad para menores		63	
Objetivos		63	
Temporalidad del programa		64	
Conclusiones		66	
Referencias		67	
La justicia restaurativa en el ámbito de la delincuencia juvenil en España			
PABLO GRANDE SEARA		69	
Introducción		69	
Conciliación y reparación en la Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores (LO 5/2000)		70	
Sobreseimiento del proceso por conciliación o reparación entre el menor y la víctima o perjudicado (arts. 19 y 27.3 de la LORPM)		70	
Presupuestos objetivos y subjetivos del sobreseimiento		71	
Efectos de la conciliación o reparación		73	
Sustitución de las medidas por conciliación entre el menor y la víctima (art. 51.3 de la LORPM)		74	
Presupuestos de la sustitución de la medida por conciliación		74	
Efectos de la conciliación postsentencial entre el menor y la víctima		76	
Conclusiones		76	
Referencias		77	
Hacia un modelo jurídico-terapéutico de intervención a los adolescentes infractores			
SOFÍA M. COBO TÉLLEZ		79	
Introducción		79	
Justicia Terapéutica		80	
Sistema Integral de Justicia para Adolescentes en México		81	
Visión garantista en la ejecución de las medidas aplicadas a los adolescentes infractores privados de la libertad		85	
Hacia una transformación en la aplicación de las medidas privativas de la libertad para los adolescentes infractores sustentada en principios de Justicia Terapéutica		87	
Fines		87	
Individualización de medidas		87	
Planes y programas		87	
Oralidad en el procedimiento		88	
Seguimiento de las medidas		88	
Centros de ejecución especializados		88	
Flexibilidad		89	
Prepararlo para la libertad		89	
Redes de apoyo		89	
Referencias		91	
La psicopatía y su implicación en la intervención con delincuentes juveniles			
VERÓNICA GODOY-CERVERA		93	
Introducción		93	
La psicopatía y su relación con la delincuencia juvenil		94	
El constructo de psicopatía		95	
Evaluación de la psicopatía juvenil		96	
La psicopatía y sus consideraciones en el desarrollo de programas de tratamiento en jóvenes		97	
Conclusiones		100	
Referencias		101	

Entidad del sistema penal juvenil: la especialidad

MARÍA SILVIA OYHAMBURU	103
Introducción	103
Desarrollo	104
Conclusiones	109
Referencias	110

La prisión provisional atenuada prevista en la legislación española: ¿una alternativa a la prisión provisional?

ESTHER PILLADO GONZÁLEZ	113
Consideraciones previas: la prisión provisional	113
Modalidades de prisión provisional	115
Regulación de la prisión provisional atenuada	116
Presupuestos de la prisión provisional atenuada	117
Por razón de enfermedad del imputado	118
Por razón de drogadicción del imputado	119
Régimen de cumplimiento de la prisión provisional atenuada	119
Conclusiones	121
Referencias	122

Pena de prisión y medidas alternativas: un panorama de la situación brasileña

DANIEL PULCHERIO FENSTERSEIFER	123
Introducción	123
Situación de las prisiones en Brasil	124
Penas alternativas en Brasil	125
Prestación pecuniaria	126
Prestación innominada	126
Pérdida de bienes y valores	127
Prestación de Servicios a la Comunidad	127
Interdicción temporaria de derechos	128
Limitación de fin de semana	128
Medidas alternativas a la cárcel y al propio sistema penal	129
Justicia Terapéutica	129
Justicia restaurativa	130
Cortes de Drogas	131
Conclusiones	136
Referencias	137

Una prisión alternativa desde la perspectiva de la Therapeutic Jurisprudence: la Unidad Terapéutica y Educativa

FRANCISCO JAVIER RODRÍGUEZ DÍAZ	139
Introducción	139
Una alternativa desde la prisión. La UTE	142
Desarrollo del Planteamiento Teórico de la UTE. ¿Cómo asumir la conducta?	143
El cambio. Construcción y reacción	145
Mecanismos para el cambio. Corresponsabilidad, cogestión y confrontamiento	147
Conclusiones	149
Referencias	150

Evaluación psicológica forense de la imputabilidad

RAMÓN ARCE FERNÁNDEZ, MERCEDES NOVO FERNÁNDEZ, Y BÁRBARA G. AMADO	153
Introducción	153
Aproximación legal y psicológica al concepto de imputabilidad	153
Capacidad de simulación de trastornos mentales inimputables	155
Indicadores clínicos de psicosis simulada	156
Protocolo de medida de la imputabilidad y control de la simulación de Arce y Fariña	157
Referencias	159

Evaluación psicológica forense de la victimización

FRANCISCA FARIÑA RIVERA, MANUEL VILARIÑO VÁZQUEZ Y RAMÓN ARCE FERNÁNDEZ	161
Consecuencias psicológicas de los eventos traumáticos: el trastorno por estrés postraumático	161
El Trastorno por Estrés Postraumático. Criterios diagnósticos	163
Comorbilidad y epidemiología	164
Factores mediadores en el desarrollo del trastorno	166
Otras consecuencias psicológicas del delito	167
Evaluación psicológica forense de la víctima	168
Evaluación de la huella psíquica del delito: Protocolo de evaluación forense de Arce y Fariña	168
Referencias	170

Psicología jurídica y Justicia Terapéutica. Una cuestión de derechos humanos, sentimientos constitucionales y desarrollo moral

ERIC GARCÍA-LÓPEZ	175
Introducción	175
Desarrollo	175
Conclusiones	178
Referencias	180

El sentido ético-terapéutico de la Justicia Terapéutica	183
FRANCISCO IRACHETA	
Introducción	183
Justicia Terapéutica	185
Justicia y ética	190
Justicia y moral	193
Conclusión	196
Referencias	196
Acerca de los autores	199
Bárbara González Amado	199
Daniel Pulcherio Fensterseifer	199
David Barry Wexler	200
Dolores Seijo Martínez	200
Eric García-López	200
Esther Pillado González	201
Francisca Fariña Rivera	201
Francisco Iracheta Fernández	201
Francisco Javier Rodríguez Díaz	202
J. Pascual Ortuño Muñoz	202
Luis Enrique Osuna Sánchez	203
Luz Anyela Morales Quintero	203
Manuel Vilariño Vázquez	203
María Belinda Aguilar Díaz	204
María Silvia Oyhamburu	204
Martha Frías Armenta	204
Mercedes Novo Pérez	205
Pablo Grande Seara	205
Ramón Arce Fernández	205
Sara Patricia Colín Soto	206
Sofía M. Cobo Téllez	206
Verónica Godoy-Cervera	207

Presentación

En el contexto internacional, el concepto de Justicia Terapéutica (JT) no es nuevo, en 1987 los profesores en Derecho, David B. Wexler y Bruce Winick, lo definieron como el estudio del papel y del impacto de la ley en el espectro emocional y en el bienestar psicológico de las personas. Si bien los inicios de la JT se ubican en Estados Unidos, en la actualidad se cuenta con experiencias y prácticas muy valiosas especialmente en Canadá y Australia, aunque con un crecimiento importante en otros países. De hecho, existe una Red Internacional de JT que tiene como propósito la generación y difusión de conocimiento científico en esta área a través de publicaciones y realización de eventos académicos especializados. En este sentido, se han realizado tres conferencias internacionales sobre JT: la primera tuvo lugar en la Universidad de Southampton en Winchester, Inglaterra, en 1998; la segunda, en la Universidad de Cincinnati en Ohio, Estados Unidos, en 2001; y la tercera en el Instituto Australiano de Administración Judicial en 2006. Cabe mencionar que se ha contado con la participación de profesionales e investigadores de diferentes disciplinas: abogados, jueces, magistrados, psicólogos, psiquiatras y criminólogos, entre otros.

Así, los aportes que se han formulado para la impartición de justicia a través de la JT y los lugares donde se ha implementado han demostrado efectos positivos y muy prometedores. El trabajo que han desarrollado diferentes especialistas e instituciones ha dejado en claro el valor de los esfuerzos interdisciplinarios y la necesidad de continuar en esta tarea. La publicación previa de artículos y manuales dirigidos específicamente a jueces y magistrados, así como aquellos orientados a los diferentes interesados en el tema demuestran las posibilidades de la JT y las bondades de su aplicación. Bondades que se reflejan en una cultura del respeto y del cuidado del otro en el marco de la legalidad, y que impactan en el cumplimiento de la observancia de los derechos humanos, en el mejoramiento de la percepción de los ciudadanos con respecto a la justicia y su impartición, pero sobre todo en la calidad de vida de las personas involucradas en los procesos legales, reduciendo el sufrimiento innecesario y procurando potenciar los efectos terapéuticos positivos de la ley en las personas.

En Iberoamérica la JT también empieza a ser una tendencia en los sistemas de justicia en países como