



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

TRAUMA Y SIMULACIÓN EN LA EVALUACIÓN FORENSE DEL DAÑO PSICOLÓGICO

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ILSE CRUZ LÓPEZ

DIRECTORA DE TESIS: MARÍA CRISTINA PÉREZ AGÜERO

REVISORA DE TESIS: ANA CELIA CHAPA ROMERO

SINODALES:

DR. CARLOS OMAR SANCHEZ XICOTENCATL

MTRA. XOCHIL BERENICE PADILLA MARQUEZ

MTRA. KARLA ALEJANDRA BAZAN CERVANTES



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DE LA VICTIMOLOGÍA	5
1.1 ANTECEDENTES.....	5
1.2 OBJETO DE ESTUDIO DE LA VICTIMOLOGÍA.....	9
1.3 TIPOLOGÍA VICTIMAL.....	10
1.4 FORMAS DE VICTIMIZACIÓN	14
1.6 LA LABOR DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS.....	17
CAPÍTULO 2. EL TRAUMA	21
2.1 EL EVENTO TRAUMÁTICO	21
2.2 EL DAÑO PSICOLÓGICO	22
2.3 REACCIONES PSICOPATOLÓGICAS POSTRAUMÁTICAS.....	25
2.4 FACTORES DE PROTECCIÓN Y VULNERABILIDAD.....	30
2.5 REPARACIÓN DEL DAÑO	34
CAPÍTULO 3. LA EVALUACIÓN DEL DAÑO PSICOLÓGICO	38
3.1 OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE	38
3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	39
3.3 NEXO DE CAUSALIDAD.....	49
3.4 LA ÉTICA EN LA EVALUACIÓN PERICIAL PSICOLÓGICA.....	50
3.5 OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE	54
CAPÍTULO 4. LA SIMULACIÓN EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORNSE	58
4.1 EL CONCEPTO DE SIMULACIÓN Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	58
4.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	59
4.3 TIPOLOGÍA.....	62
4.4 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA SIMULACIÓN.....	65
4.5 CRITERIOS PARA LA SOSPECHA DE SIMULACIÓN.....	68
4.6 LA DETECCIÓN DE LA SIMULACIÓN EN EL CONTEXTO FORENSE.....	70
4.7 SIMULACIÓN DEL DAÑO PSICOLÓGICO	75
CAPÍTULO 5. MÉTODO	79
5.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	79
5.2 OBJETIVO GENERAL	81
5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	81
5.4 HIPÓTESIS	82
5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES	82
5.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	84
5.7 MUESTRA.....	84
5.8 ESCENARIO.....	85
5.9 INSTRUMENTOS	86
5.10 PROCEDIMIENTO	87
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....	90
6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	90

6.2 ESCALAS SIGNIFICATIVAS DE CADA INSTRUMENTO PSICOLÓGICO APLICADO.	94
6.3 FRECUENCIA DE CASOS CON AFECTACIÓN Y NO AFECTACIÓN PSICOLÓGICA.	125
6.4 FRECUENCIA DE SIMULACIÓN EN LA MUESTRA.	128
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	130
7.1 DISCUSIÓN	130
7.2 CONCLUSIONES	136
7.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	142
REFERENCIAS	146

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a la Doctora María Cristina Pérez Agüero por permitirme darle vida a este proyecto, por el conocimiento brindado y por hacer que me enamore aún más de la Psicología Jurídica.

A los grandes amigos que hice en la FGJ de la CDMX, especialmente a Edith que sin su apoyo y confianza no hubiera podido aplicar los instrumentos psicológicos utilizados.

A mis amigos y compañeros de la facultad. A Alberto Meza por ser un gran apoyo y guía para mi en la elaboración de la metodología, sobre todo con la parte estadística. A Dani Esquivel por ser mi compañera y amiga durante toda la carrera, las experiencias académicas y no académicas que compartimos, hicieron de este camino universitario el más ameno, divertido e increíble posible. A Kary, Wale, Dani y Malu por su amistad incondicional, sus ánimos, su cariño, sus risas y por celebrar los triunfos de cada una como si fuera suyo.

A mis papás y hermano, una tesis completa no me alcanzaría para expresar todo el amor y el agradecimiento que siento hacía ustedes. Todo el esfuerzo que han hecho, especialmente en estos últimos años, con todo y los malos momentos. Sólo el trabajo constante, el amor y el apoyo nos han permitido disfrutar y valorar cada instante de nuestras vidas juntos.

Y finalmente a Alexis, por ser mi más grande amigo, compañero y cómplice en este gran capítulo de nuestra vida juntos. No sólo me has visto trabajar, sufrir y llorar durante este proyecto, has crecido a mi lado. Me has apoyado como nunca antes, gracias por subirme los ánimos y el autoestima cuando ya no podía más. Gracias por demostrarme con tu ejemplo que no siempre será fácil lograr algún sueño, pero que siempre es posible si damos un poquito más cada día y resistimos.

RESUMEN

La evaluación psicológica en el ámbito jurídico y específicamente en la atención a víctimas es un área que ha cobrado mayor relevancia. Las víctimas, son consideradas personas que han sido violentado en algún aspecto de su vida de forma inesperada. Por lo tanto, la vivencia de un delito puede resultar en un hecho traumático.

El impacto del trauma como respuesta emocional, va a depender de cada persona, pues en este proceso influyen las habilidades y estrategias de afrontamiento con las que se cuente. Para ello, la evaluación psicológica del daño en el ámbito jurídico es fundamental al momento de diagnosticar algún tipo de trastorno o afectación psicoemocional como consecuencia del evento traumático. Sin embargo, en la práctica forense, se ha visto un fenómeno relacionado con las experiencias delictivas, el de la simulación.

El presente trabajo tiene como finalidad identificar la sintomatología postraumática en víctimas de delitos violentos mediante instrumentos psicológicos ampliamente utilizados en esta población, como lo es el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF), el de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). Así como también, identificar características que podrían estar indicando simulación de síntomas mediante la aplicación del Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS), en conjunto con las escalas de validez de los instrumentos anteriormente mencionados.

Palabras clave: Evaluación Psicológica, Víctima, Trauma, Sintomatología postraumática, Simulación.

INTRODUCCIÓN

Los delitos violentos de acuerdo con Echeburúa y Corral (2005) son sucesos repentinos y negativos que ponen en riesgo la integridad física y/o psicológica de una persona. Estos causan en el momento, un estado emocional de indefensión, miedo y vulnerabilidad provocando que la víctima sea incapaz de afrontar tal situación. Posterior a ello, el experimentar un evento de tal magnitud traerá consigo un daño psicológico ya sea agudo (lesiones psíquicas) o crónico (secuelas emocionales) (Echeburúa, Corral y Amor, 2004).

Actualmente, el interés por considerar el daño psicológico como una consecuencia del hecho delictivo ha cobrado mayor relevancia, ya que una experiencia inesperada y de gran impacto, generará en la persona un desajuste en sus emociones, pensamientos, conductas y con frecuencia, un trastorno de estrés postraumático así como cuadros clínicos relacionados (Arce y Fariña, 2007). Es por ello que la evaluación del mismo permitirá determinar y planificar el proceso terapéutico más adecuado, establecer una compensación justa y/o canalizar a la persona para que reciba atención psiquiátrica oportuna.

No obstante, en la evaluación psicológica forense existen diversos factores que intervienen al momento de determinar un daño psicológico. Uno de ellos es la simulación, definida por Capilla y González (2009) como la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados que a su vez, influye en las respuestas del evaluado, alterando así los resultados y por ende, el grado de afectación psicoemocional real de la víctima.

La simulación es un fenómeno que cada vez ha cobrado mayor relevancia por las implicaciones que trae consigo, ya sean legales, económicas clínicas o sociales. Sin embargo, son escasos los instrumentos específicos para evaluarla y para determinar, por parte de los profesionales, la presencia o no de la misma (Matalobos y González, 2007).

En México, en realidad parece ser un fenómeno poco estudiado y peor aún, casi ningún profesional considera evaluar la simulación de síntomas en personas que han sufrido algún acontecimiento traumático. Lo cual resulta en un impedimento para obtener cifras exactas respecto a la incidencia de simulación. Sin embargo, en la práctica forense se ha observado la tendencia de las personas a simular, motivadas principalmente por incentivos externos, como lo es la remuneración económica (vista también como reparación del daño), lo cual coincide con la literatura (Perilla, 2019)..

Ante esta situación, la responsabilidad del psicólogo por llevar a cabo una evaluación profesional considerando este fenómeno como un factor determinante, no sólo dependerá de un sólo instrumento o de la entrevista. Por el contrario, será la convergencia de diferentes fuentes de información que sean sobre todo especializadas, objetivas, confiables y que cuenten con indicadores de validez que midan las tendencias a simular síntomas, lo que permitirá obtener información útil y relevante para dicha valoración.

En este sentido, se propone utilizar instrumentos de evaluación psicológica de alto grado de confiabilidad y validez, así como de un amplio sustento científico, para aportar mayor calidad y objetividad a la evaluación y diagnóstico final. Para la presente tesis se utilizaron el Inventario

Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2-RF) (Ben-Porath y Tellegen, 2015), el Inventario de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) (Crespo, Gómez y Soberón, 2017), el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) (González y Santamaría, 2009) y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) (Crespo, González, Gómez y Santamaría, 2020) , todos con un amplio respaldo científico y de gran valor respecto a sus características psicométricas. Lo anterior con la finalidad de identificar sintomatología postraumática en víctimas de delitos violentos, y al mismo tiempo el fenómeno de la simulación en un contexto legal.

CAPÍTULO 1. ASPECTOS GENERALES DE LA VICTIMOLOGÍA

1.1 Antecedentes

La necesidad de tener una convivencia social en armonía, protegiendo los derechos de cada individuo, creando las condiciones más idóneas para promover una calidad de vida adecuada, es lo que ha llevado al Estado a crear normas y leyes que aseguren que lo anterior se cumpla. Para ello, el Derecho es su mayor instrumento, pues éste tiene la finalidad de mantener un sistema social organizado y estable (Zamora, 2016).

En un principio, el Derecho no se creó con la finalidad de proteger a víctimas, sino en pro de la sociedad, para proteger sus bienes jurídicos y como se mencionó anteriormente, para mantener un orden social (Zuñiga, 2005). Remontándonos a la Escuela Clásica, el Derecho Penal nació con los estudios de Beccaria donde el foco de atención se encontraba en el delito y la pena (Alvarez et al., 2012). El delincuente fue por años el objeto de mayor interés por el impacto que éste causaba a la sociedad, poniendo sus mayores esfuerzos en detenerlo y buscar el castigo más adecuado respecto a la conducta ejercida. En esos momentos interesarse por las víctimas significaba aceptar y reconocer por parte del Estado la grave violación de los derechos hacia este grupo vulnerable, la impunidad y sobre todo, la responsabilidad y el papel de la sociedad y el Estado en la gestación del delito (René, 2001), tema que, aún en la actualidad, pesa a muchos líderes políticos y a las autoridades del sistema de justicia del país.

Para el siglo XIX la Escuela Positivista del Derecho se inclinó por un análisis más experimental del delincuente y del delito, como un fenómeno humano. Con Lombroso, Ferri y Garófalo la comprensión y argumentación del delincuente llegaba a una totalidad biológica y

anatómica al grado de clasificarlo (Alvarez et al., 2012). Así mismo, la pena o sanción no tenía que ser en proporción al delito, como lo establecía la escuela clásica, sino que ésta debía ir en función de la peligrosidad del delincuente (René, 2001). Aunado a lo anterior, los estudios de los positivistas tenían sólo una finalidad preventiva, y de readaptación social.

Hasta este momento el interés se había centrado en el delincuente, sus motivaciones, sus características físicas, psicológicas y sociales, la pena más adecuada para el hecho cometido, la atención psiquiátrica que podría necesitar y los programas de reinserción social. Ante estos argumentos, años después surge el funcionalismo y con él, la explicación de que la delincuencia es resultado de un problema estructural y social, dejando a un lado la idea de un ser aislado (René, 2001). Es aquí cuando comienza a surgir el interés por las víctimas, sin embargo, tratándose de la Criminología y el Derecho Penal, lo que les interesaba era describir el papel activo, las características que éstas tenían y cómo se relacionaban con la comisión de un delito.

Generalmente, se habla de que con la obra *El criminal y su Víctima* (1948, citado en Fattah, 2014) del alemán Von Henting comienza el estudio sistémico de la víctima, pero no fue sino Mendelson quien en 1947 utiliza formalmente el término de *victimología* (Laguna, 2008).

Mendelson hacía referencia a la relación dinámica entre el delincuente y la víctima, y el papel igualmente importante de ésta en la comisión de un delito (Márquez, 2011). Además de ello, para él no sólo era víctima aquella persona que sufría dentro de un acto criminal, sino también todas esas personas que padecían de las condiciones extremas de su contexto nacional, así como las condiciones naturales del planeta, como por ejemplo: la pobreza, la discriminación,

la contaminación, la explotación laboral o el desempleo, las condiciones devastadoras que dejaban los desastres naturales como los terremotos o las inundaciones, los atentados terroristas, las enfermedades y la falta de atención médica de calidad, la guerra y las reformas políticas.

Por su parte, Henting (1960, citado en Zamora, 2016) también se interesa por la relación bidireccional de la víctima con su agresor y aunque él únicamente se queda en el ámbito de la criminología mencionaba que, si bien el delincuente es responsable del acto cometido, así lo es también la víctima por tener un papel motivacional o causal.

Por otro lado, Neuman (1984, citado en Laguna, 2008) desarrolla y amplía el concepto donde abarca diversos factores que influyen en el proceso de victimización, y así mismo establece víctimas que van desde lo individual hasta lo colectivo.

Posteriormente empezaron a surgir desde la Psicología Social nuevas teorías y modelos, basadas en investigaciones y encuestas realizadas a la población sobre sus experiencias como víctimas. El interés y tomar acciones sobre este grupo cada vez se consideraba más, comenzaron a surgir programas de apoyos, compensaciones, ayuda económica si la víctima fallecida era proveedor del hogar, así como nuevas leyes que protegían y atendían las necesidades de este grupo. Aunado a lo anterior, movimientos feministas comenzaron a alzar la voz, reclamando justicia por la violencia sufrida a diario y por aquellas que eran víctimas de violación, o algún tipo de victimización sexual (Zuñiga, 2005).

Y así, la Victimología fue adquiriendo mayor relevancia; líderes políticos, investigadores, así como la población en general comenzaron a tener mayor consciencia sobre este fenómeno y sobre este grupo de personas. Se crearon asociaciones y centros de asistencia específicamente para víctimas, comenzaron a realizarse congresos, cursos y conferencias para profesionales interesados en el estudio y atención de esta población.

En México, no es hasta 1990 cuando constitucionalmente comienzan a defenderse los derechos de las víctimas (Zamora, 2016). En conjunto con el Ministerio Público se planteó que este grupo recibiera asesoría jurídica, atención médica y psicológica necesaria para buscar con ello la reparación del daño. Al paso del tiempo y de acuerdo con datos estadísticos delictivos, la inseguridad del país fue en aumento, dejando a su paso mayor cantidad de víctimas.

La contextualización que se hizo en un principio fue justamente para evidenciar el gran problema que enfrentaba la sociedad hace unas décadas. De ser invisible la víctima, hoy en día ha cobrado mayor relevancia su estudio e intervención. La perspectiva del Derecho y de la población en general ha ido cambiando, pues surgió el interés y la necesidad por crear nuevas leyes y protocolos que protegieran este grupo poblacional, para que nuevamente pudieran continuar con su vida de la mejor manera posible y resarcir de alguna forma el daño causado. Hoy en día las personas defienden de una manera importante a las víctimas y es claro el por qué lo hacen, sin embargo, ¿el sistema de justicia está preparado para enfrentar todo lo que engloba atender y proteger los derechos de las víctimas adecuadamente?.

1.2 Objeto de estudio de la victimología

A lo largo de los años ha existido una discusión respecto a si la victimología es independiente a la Criminología o si es sólo una rama de ella. Aunque existen diversos autores que defienden cada una de las posturas, cada vez son más los que plantean la posibilidad de estudiar en su totalidad e interdisciplinariamente a la víctima (Rodríguez, 2012), sus características biológicas y de personalidad, la dinámica en un contexto social y no sólo delictivo, fenómenos como la autovictimización, la victimización secundaria o la revictimización.

Manzanera (1994, citado en Zamora, 2016) considera a la Victimología como una ciencia independiente a la Criminología, con un objeto de estudio y un método específico. Permitiendo así un estudio más amplio de la víctima, desde diferentes contextos y como resultado de fenómenos tan variados que influyen de manera directa o indirecta en ella, dejando a un lado la idea del sujeto pasivo del delito.

El concepto de víctima ha ido cambiando de acuerdo con las diferentes posturas y modelos teóricos. La Organización de las Naciones Unidas (1985) plantea que la víctima es toda aquella persona que individual o colectivamente haya sufrido un daño, pérdida o lesión en su persona, propiedad o en sus derechos humanos, ya sea física, emocional o mental, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente de los Estados miembros.

Mendelsohn y Neuman (1984, citado en Laguna, 2008) manejaban una visión más amplia del concepto y consideraban que una víctima puede ser aquella cuyo sufrimiento deriva de factores físicos, psicológicos, económicos, sociales e incluso naturales. Por lo tanto, se puede ver que el concepto de víctima utilizado en el Derecho Penal queda limitado a la pura acción delictiva, cuyo

concepto y características provienen del código penal, el cual es rígido, modificable y con diferencias entre países e incluso estados o ciudades de un mismo país.

1.3 Tipología victimal

A lo largo de los años el creciente interés por la Victimología y el desarrollo de nuevos modelos teóricos ha motivado a diferentes autores a desarrollar una clasificación de las víctimas en función de su grado de responsabilidad y con la intención de caracterizar y explicar el fenómeno de victimización. Así mismo, las diversas clasificaciones han servido de apoyo jurídico facilitando la atención y protección de este grupo.

Mendelson (1956, citado en Giner, 2011) fue el primero en proponer una clasificación victimal, ésta se basaba en la responsabilidad o culpabilidad entre el actor y la víctima, influenciado también por el pensamiento y la criminología positivista estableciendo por tanto las siguientes categorías de víctimas:

- a) *Enteramente inocentes*: aquella persona sin alguna responsabilidad en el hecho, se convierte en víctima al ser sólo un receptor.
- b) *Por ignorancia*: aquella que involuntariamente ya sea por imprudencia o descuido motiva la acción criminal.
- c) *Voluntaria*: aquella que tiene una responsabilidad compartida con su agresor o que provoca por sí misma su propia victimización.
- d) *Provocadora*: aquella que incita de alguna forma al autor a victimizarla.
- e) *Agresora*: La cual se le adjudica toda la responsabilidad a la supuesta “víctima” y puede serlo como infractor, aquel que siendo originalmente agresor termina siendo

víctima ; como simulador, aquella persona que acusa o incrimina a otra para obtener algún beneficio; e imaginaria, aquella persona que no ha sufrido ningún tipo de daño pero tiene una idea persistente sobre algo que la hace sentir victimizada.

Por su parte, Hans Von Henting (1948, citado en Giner, 2011) utilizaba criterios para diferenciar a las víctimas:

- a) *Aspectos de orden situacional:* el cual está relacionado con el efecto de aislamiento (la vulnerabilidad de una persona que permanece sola o apartada la mayor parte del tiempo de relaciones interpersonales o familiares) y de proximidad (aquellas situaciones que se dan por influencia de la familia, amigos o profesión y que junto a situaciones de hacinamiento resulta víctima uno o más miembros de ese entorno social).
- b) *Impulsos y eliminación de inhibiciones:* entre ellas se encuentran aquellas con ánimo de lucro que son fácilmente estafadas, aquellas con ansias de vivir y que por ello tienden a ser muy impulsivas y poco cautelosas, aquellas agresivas que suelen convertirse en victimarios y aquellas personas con baja autoestima que también son vulnerables a situaciones externas.
- c) *La posibilidad de resistencia la cual produce seis tipos diferentes de víctimas:* víctimas por estados emocionales, por transiciones o cambios en su vida, víctima perversa, bebedora, depresiva y voluntaria.
- d) *La propensión que también genera diferentes tipos de víctimas:* indefensas, falsas, inmunes, hereditaria, reincidente y aquella que finalmente se convierte en autor.

Como se puede observar Henting (1948, citado en Giner, 2011) amplió más sus estudios respecto a la clasificación de las víctimas influenciado por un paradigma interaccionista donde lo importante no es el acto delictivo en sí, sino la respuesta que produce (Zamora, 2016). De esta manera, estaría considerando factores biológicos, psicológicos y sociales para la diferenciación de cada víctima.

Una clasificación mucho más actual es aquella planteada por Elías Neuman (1984, citado en Giner, 2011) la cual crítica de cierto modo el excesivo determinismo y complejidad de las anteriores clasificaciones, eliminando así la ambigüedad entre la pareja penal, abarcando a todas aquellas personas que el sistema de justicia muchas veces deja de lado y considera aspectos psicosociales que rodean a la víctima. Quedando entonces la siguiente clasificación:

- a) *Víctimas individuales*: aquellas que adoptan un papel culposo o doloso en el proceso de victimización.
- b) *Víctimas familiares*: todas aquellas víctimas dentro del contexto familiar que hayan sufrido de alguna forma el hecho delictivo.
- c) *Víctimas colectivas*: donde se plantea una visión más global y social del proceso de victimización por hechos delictivos o acontecimientos ocurridos en mayor escala (terrorismo, genocidio, tortura, delitos económicos, privación de la libertad, etc.)
- d) *Víctimas sociales*: aquellos grupos vulnerables victimizados por el propio sistema social (grupos étnicos, niños huérfanos, enfermos, con alguna condición física diferente, de alguna orientación sexual distinta a la heterosexualidad, migrantes, etc.).

Así mismo, Landrove (1998, citado en Navarro, 2007) retoma algunos de los conceptos anteriores y realiza una tipología mucho más extensa:

- a) *Víctimas no participantes*: o también llamadas enteramente inocentes en la clasificación de Mendelsohn. Y éstas pueden tener un papel accidental o al azar en la conducta del delincuente, o pueden ser totalmente indiscriminadas al victimario como en actos terroristas o en catástrofes naturales.
- b) *Víctimas participantes*: aquellas personas que intervienen en la comisión de un delito ya sea por omisión o incitando la actuación del victimario.
- c) *Víctimas especialmente vulnerables*: éstas tienen que ver con los factores que la predisponen ya sea por su condición personal o social.
- d) *Víctimas familiares*: hace referencia a aquellas personas que viven en el mismo núcleo familiar que el victimario.
- e) *Víctimas simbólicas*: las cuales elige el victimario con el fin de atacar o desprestigiar una ideología, valores, o a un grupo social en el poder.
- f) *Víctimas colectivas*: retomando el concepto de Neuman, se habla de víctimas como un grupo social en las cuales recae el hecho, ya sea delictivo o no.
- g) *Víctimas falsas*: aquellas personas que por razones personales o de forma obligada denuncian haber sido víctimas de un evento delictivo, recurriendo para ello a la simulación, o basándose en una creencia errónea inconsciente (memoria falsa).

Aunque sólo se mencionaron las clasificaciones más conocidas, en la actualidad existe una gran cantidad de estudios sobre Victimología, donde diferentes autores han propuesto

clasificaciones basadas en características y condiciones específicas, influenciados por una corriente ideológica determinada.

1.4 Formas de victimización

La victimización es el proceso por medio del cual una persona o un grupo se convierte en víctima (Soria et al., 1990). Existen tres formas principales de victimización:

- a) *Victimización primaria:* Hace referencia a aquella experiencia individual de la persona derivada de un hecho delictivo o algún evento traumático, centrándose en las consecuencias iniciales ya sea físicas, psicológicas, económicas o sociales.
- b) *Victimización secundaria:* De acuerdo con Khüne (1986 citado en Giner, 2011) la victimización secundaria tiene que ver con las agresiones principalmente psicológicas recibidas por parte del personal policial, jueces, abogados, servicios sanitarios, sociales y medios de comunicación; respecto al mal funcionamiento, la falta de organización y la manera de dirigirse con las víctimas.

Estas conductas van desde interrogatorios, juicios, identificación de presuntos culpables, lentitud en el proceso, desinformación, confrontación, entre otras. Se considera que este tipo de acciones pueden ser aún más negativas que la propia victimización secundaria, pues trae consigo efectos psicológicos ya no sólo del evento, sino también respecto a sentirse desprotegido y desalentado, con un sistema jurídico-penal que lejos de buscar justicia, daña y se despreocupa por la integridad de las personas.

- c) *Victimización terciaria:* Es un proceso que tiene que ver con conductas o experiencias posteriores al evento, que sufre la persona por el etiquetamiento social de ser víctima. Se

consideran también los efectos que pudieran tener sobre familiares y amigos cercanos a ella.

1.5 Víctimas de delitos

De acuerdo con el Artículo 108 del Código Nacional de Procedimientos Penales, la víctima del delito está definida como el “sujeto pasivo que resiente directamente sobre su persona la afectación producida por la conducta delictiva”.

La consolidación del Derecho Penal respecto a la atención de víctimas, el interés creciente por su estudio, la concientización por parte de la población en general respecto a los efectos físicos y sobre todo psicológicos que suponen la experiencia de un hecho delictivo; han supuesto un avance en la protección y asistencia de los derechos frente a la justicia por medio de reformas constitucionales.

En el artículo 20, inciso C de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos quedan enmarcados los derechos de las víctimas y/u ofendidos así como las responsabilidades y obligaciones de los servidores públicos para atender las necesidades y proteger a este grupo vulnerable de manera oportuna e imparcial, dentro de las cuales están:

- a) Derecho a recibir asesoría jurídica
- b) Coadyuvar con el Ministerio Público
- c) Atención médica y psicológica de urgencia
- d) Reparación del daño
- e) Resguardo de su identidad

- f) Solicitud de Medidas cautelares y providenciales
- g) Impugnar las omisiones del Ministerio Público
- h) Trato digno y respetuoso

Por otro lado, la víctima tendrá derecho de acceder a mecanismos alternativos de solución de controversias cuando se trate de delitos por querrela o cuya punibilidad no exceda de tres años de prisión, y así mismo ejercer acción penal cuando se trate de otros delitos contenidos en la ley (Ley General de Víctimas, 2013).

Del mismo modo y como parte del proceso legal, la víctima puede y tiene el derecho de tomar un papel activo en un juicio, ya sea brindando elementos de prueba, exponer alegatos, realizar preguntas, oponerse, preparar conainterrogatorios de testigos, así como solicitar la intervención de un perito en la materia que sea necesaria (Zamora, 2016).

Los derechos antes mencionados junto con los que se especifican en la Ley General de Víctimas (2013) tienen el objetivo de reducir los efectos de la victimización primaria con un trabajo e intervención multidisciplinaria. Resulta por lo tanto trascendental cada uno de ellos, pues será la misma víctima quien contribuya al fortalecimiento de la investigación y a la actuación oportuna. De esta manera se garantiza el goce y acceso a la justicia buscando siempre la reparación integral del daño.

1.6 La labor del psicólogo en la atención a víctimas

Desde hace algunos años el psicólogo dentro del ámbito jurídico ha estado cada vez más presente, su participación ha sumado muchos más elementos que han servido como prueba en la resolución de conflictos e impartición de justicia. Cabe señalar que este trabajo en conjunto es acertado y necesario, pues las funciones principales de la Psicología es analizar, predecir, medir y modificar la conducta humana, mientras que el Derecho guía y regula estas conductas en un contexto social por medio de normas y leyes (Navarro, 2007).

Por lo tanto, las aportaciones que puede hacer el psicólogo dentro del ámbito jurídico son muchas y variadas. Hablando específicamente del contexto victimológico, la labor del psicólogo es de suma importancia, pues la vivencia de un evento inesperado sufrido de manera violenta, trae consigo no sólo un temor constante, sino también la sensación de estar reviviendo el evento, así como un sentimiento de inseguridad, desvalorización y desprotección (Raffo, 2007). Las consecuencias psicológicas podrían variar en cuanto al grado de severidad del evento y dependiendo de diferentes factores personales o contextuales de la víctima. Lo que sí es claro, es que la asistencia oportuna, en cualquiera que sea el caso, es necesaria y recomendable pues como una bola de nieve, los problemas podrían ir aumentando y el daño emocional sería más difícil de tratar posteriormente.

De acuerdo con los principios fundamentales de justicia para víctimas de delitos y del abuso de poder, la atención médica, psicológica y social será proporcionada por las diferentes instituciones o centros comunitarios gubernamentales según las necesidades y de acuerdo con el caso en específico. Cabe mencionar que los servicios brindados por parte de las diferentes

instituciones además de ser oportunos e imparciales, tienen que ser de calidad, apegados a normas éticas, conduciéndose con profesionalidad y evitando sobre todo la revictimización.

Empezando con la intervención de primer contacto con la víctima, ésta tiene el objetivo de contener el sufrimiento y la confusión que ha supuesto la situación traumática, justo en el momento del hecho, así como determinar si es necesario un futuro tratamiento psicológico (Echeburúa et al., 2007). Aunque la mayoría de las veces no se cuenta con un profesional en Psicología que actúe en el lugar y en el momento exacto del evento, cada vez son más las instituciones que ponen a disposición un psicólogo para la asistencia temprana, haciendo por ejemplo una visita domiciliaria, un acompañamiento en hospitales, en oficinas del Ministerio Público o llegando directamente a la escena, minutos después ocurrido el evento.

Otra área de participación del psicólogo es la de intervención terapéutica, ya que, como se mencionó anteriormente, la experiencia de vivir un evento delictivo ya sea de manera violenta o no, y resultar víctima directa o indirecta de tal suceso, puede traer consigo consecuencias importantes en la estructura cognitiva y emocional de una persona. Por ello, llevar un proceso terapéutico con el fin de contener y disminuir el desequilibrio emocional, así como las reacciones físicas que se deriven de sentimientos o pensamientos a causa de la re-experimentación de tal evento, es de suma importancia. No sólo les permitirá una mejor readaptación, sino también porque tal acompañamiento promueve su fortalecimiento y potencia sus recursos psicológicos para continuar defendiendo sus derechos durante el proceso legal (Raffo, 2007).

Durante las audiencias es importante considerar el acompañamiento psicológico pues particularmente este contexto supone para la víctima fuertes sentimientos de ansiedad, tristeza, enojo, temor, culpa, o vergüenza (Cárdenas, Grunert y Vásquez, 2007). Así pues, la contención que el psicólogo haga para bajar los niveles de estrés antes y durante la audiencia, será útil para que la víctima tenga una mejor organización en su discurso, le ayudará también a mantener la atención focalizada en aquellas preguntas que se le realicen y le permitirá recordar con mayor precisión detalles del evento.

Por otro lado, un papel sumamente importante del psicólogo en la atención a víctimas, es aquel que funge como perito ofreciendo al juez conocimientos técnicos o especializados sobre psicología, y en este caso en particular, sobre los efectos psicológicos causados a la víctima derivados del evento delictivo (Alcázar, Vendejo y Bouso, 2008). De esta manera, la valoración y la decisión que tome el juez se verá facilitada e influenciada por las aportaciones realizadas en esta materia.

Es por lo anterior, que existe un especial interés en la actualidad por la valoración del trauma psicológico como consecuencia de un acto delictivo. Pues esta área, además de ofrecer a la víctima la reparación integral del daño, establece también un análisis del problema que podría generar en un futuro, cambios y mejoras al sistema penal (Zamora, 2016). Además, dentro de la valoración del daño psicológico aún existen brechas conceptuales y variables poco estudiadas que tienen un peso importante dentro del campo forense, por ejemplo, la simulación.

En conclusión la intervención oportuna, el acompañamiento, la evaluación psicológica especializada y la psicoterapia resultan fundamentales en la búsqueda del restablecimiento del estilo vida de la víctima. En el siguiente capítulo se hablará más a profundidad respecto al tema del trauma psicológico. Sin embargo, era importante esclarecer qué ocurre para que una persona sea considerada víctima, y cómo juegan diferentes factores en la constitución y desarrollo de la misma. De igual forma, es importante resaltar que para una víctima regular las emociones y síntomas más significativos respecto al trauma vivido, recuperar la seguridad y confianza en su persona, así como reintegrarla en su núcleo familiar y social, conforman todo un conjunto de acciones que sólo un profesional en psicología puede hacer.

CAPÍTULO 2. EL TRAUMA

2.1 El evento traumático

La experimentación de un suceso delictivo ya sea vivido de manera directa o indirecta, además de que puede traer consecuencias físicas, existe una repercusión a nivel psicológico que muchas veces puede ser más duradera y dañina. Entre los eventos delictivos con mayor incidencia en México se encuentran: robo o asalto en la calle o transporte público, extorsión, fraude, robo total o parcial de vehículo, amenazas verbales, robo en casa habitación, lesiones, homicidios por arma de fuego o golpes, feminicidios, secuestros (Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública, 2020). Este acontecimiento puede resultar en un evento traumático por las condiciones en las que se presenta y por las implicaciones que trae consigo.

De acuerdo con Echeburúa (2004) un suceso traumático surge de forma inesperada e incontrolable, es de gran intensidad pues pone en peligro la integridad física y psicológica de una persona. Se produce un profundo sentimiento de indefensión y miedo, pues se percibe que la situación sobrepasa los recursos que uno tiene para afrontar y atender las demandas de tal evento.

Algunas ocasiones no se trata únicamente de un solo evento traumático, sino de la repetición constante de malos tratos, violencia física y psicológica, negligencia o abandono (Salvador, 2009). Ante esto, en cualquier etapa de la vida, una persona aprenderá a comportarse de cierta manera y sabrá qué tipo de respuesta es mejor dar ante estas situaciones sin embargo, no deja de haber una consecuencia emocional y cognitiva en la persona que lo sufre.

Así mismo, muchos eventos de la vida cotidiana pueden parecer devastadores y generar un malestar emocional significativo, pero esto no quiere decir que sean propiamente traumáticos. El elemento principal que los caracteriza es el sentimiento de inseguridad que se genera y la pérdida de la integridad del propio yo (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Esta disociación que ocurre en el momento del suceso hace que una persona sea más propensa a desarrollar síntomas posteriores que terminen convirtiéndose en un Trastorno de Estrés Postraumático. Así mismo, el evento pudo haber sido tan fuerte que la respuesta dada durante o después del suceso, al recordar o estar en contacto directo con algún estímulo parecido a la experiencia, resultaría en un funcionamiento desadaptativo caracterizado principalmente por miedo, parálisis, sensación de frío intenso, desconexión de la realidad, negación, tristeza, desorientación, entre otras cosas (Sosa y Capafóns, 2005).

2.2 El daño psicológico

El daño psíquico está definido por Muñoz (2013) como “aquellos desajustes psicológicos derivados de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal” (p. 61). Esto quiere decir que, tras vivenciar un evento delictivo, habrá un cambio en la estructura y organización de la persona, a nivel cognitivo y emocional ya sea transitoria o permanentemente. Cabe señalar que la predisposición a presentar un daño psicológico, la gravedad y durabilidad del mismo, dependerá en su mayoría de los factores de protección y vulnerabilidad que la persona posea, así como de las características propias del evento traumático (Dongil, 2008).

El daño psicológico se puede desarrollar en dos dimensiones diferentes respecto a la temporalidad de los síntomas presentados:

a) *Lesiones psíquicas o daño agudo*: son aquellas alteraciones que ocurren en un primer momento como consecuencia del evento traumático, desde un estado de ánimo deprimido, ansiedad, culpa, confusión, indefensión, desconfianza, hostilidad, dificultad para tomar decisiones, autoestima baja, dificultades de sueño, agitación y desorganización en los hábitos diarios (Esbec, 2000 citado en Echeburúa, 2004). Estos síntomas normalmente son temporales y con apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado disminuyen significativamente hasta que desaparecen por completo.

Las lesiones psíquicas hacen referencia a un concepto utilizado en el ámbito jurídico, conocido como *daño moral*; sin embargo, es necesario diferenciar que este último desde la psicología, es un término más impreciso y subjetivo pues tiene que ver con el honor o el decoro de la persona; a diferencia de las lesiones psíquicas que son medibles por medio de instrumentos psicológicos especializados (Echeburúa et al, 2004).

b) *Secuelas emocionales*: se refieren a una alteración permanente de la personalidad, los síntomas se convierten en un estado crónico, hay un cambio en la conducta y en los hábitos de la persona por estos mismos padecimientos. Algunos de los cuales puede ser dependencia emocional, hostilidad, depresión, consumo de alcohol, drogas o tabaco, pérdida del interés en actividades que solía hacer, suspicacia, o disfunción sexual. Las secuelas emocionales al ser más persistentes tienen un mayor efecto negativo en la vida de la persona pues interfieren en el desempeño y en las decisiones desde su propia persona hasta el área familiar, social o laboral (Echeburúa, 2004; Muñoz, 2013).

Como se mencionó anteriormente el daño generado y el desarrollo de secuelas emocionales dependen mucho de la forma en cómo se presente el o los eventos traumáticos, así como las

consecuencias generadas por el mismo. Cuando existe de por medio una lesión física grave, el daño psicológico es mayor, pues no sólo tiene que enfrentar el malestar que le genera el recuerdo sino que además, la presencia de una marca o la condición física ocasionada trae consigo mayores cuidados y mayor desgaste emocional (Sosa y Capafóns, 2005).

Así mismo, estas consecuencias también las pueden sufrir las víctimas indirectas (familiares, amigos o personas cercanas) pero, comúnmente se dan en un nivel menor, resultando únicamente un daño agudo y por lo tanto facilitando su tratamiento o intervención (Rubin y Bloch, 1998). Sin embargo, es importante remarcar que este tipo de víctimas muchas veces llegan a sufrir un desgaste emocional y físico considerable.

Por otro lado, el daño psicológico está compuesto por tres etapas principales, siendo el curso habitual por el que pasa una persona después de haber vivido un suceso traumático:

- a) *Reacción de sobrecogimiento:* Es la primera sensación que experimenta una persona al tomarla de manera desprevenida. El miedo y la impresión que causa el evento provoca una niebla intelectual que no le permite responder adecuadamente ni tomar decisiones en el momento (Trujillo, 2002 citado en Echeburúa, 2004).
- b) *Vivencias afectivas dramáticas:* Son aquellas reacciones que se dan pasado un tiempo del evento, es decir, una vez que se haya digerido lo sucedido. Estas dependen mucho de la personalidad y los mecanismos de afrontamiento de la persona, entre los cuales se encuentran la culpa, la rabia, dolor, miedo, tristeza, desconfianza e indignación (Echeburúa, 2004).

- c) *Tendencia a revivir intensamente el suceso*: Está relacionado con aquellas respuestas de re-experimentación que se dan pasado un tiempo del evento, ya sea de manera espontánea o más comúnmente, a causa de un detonante asociado con él.

Como se puede ver, el daño psicológico supone una desarmonía en el funcionamiento y equilibrio emocional de la persona, la cual busca recuperar la seguridad que le han arrebatado utilizando todos los recursos que encuentre disponible. Al no lograr adaptarse adecuadamente a la situación presente es normal que la persona caiga en un estado psicológico más grave y permanente.

2.3 Reacciones psicopatológicas postraumáticas

No todas las personas que experimentan un evento traumático desarrollan un trastorno (Meza, 2019). De acuerdo con Muñoz (2013), del 10% al 30% de las personas desarrollarán algún tipo de trastorno o secuelas emocionales por lo tanto, la mayoría se recuperará con el paso del tiempo y de forma natural. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, para ciertas personas resulta más difícil salir adelante ya sea por las circunstancias del evento, por su personalidad, o por el estrés que se experimenta constantemente y la fatiga mental que genera un proceso legal y administrativo dentro del sistema de justicia (Vera et al., 2006). Es entonces cuando se desarrollará algún tipo de trastorno.

Así mismo, algunas víctimas pueden presentar más de una patología, ya sea de forma independiente o comorbida y también, presentar alteraciones a nivel cognitivo, sobre todo en su sistema de creencias (Arce et al., 2014). En la tabla 1 se pueden ver los trastornos más

comúnmente asociados como respuesta al trauma, la sintomatología presentada en cada uno de ellos, el tiempo en que comienzan los síntomas, así como su desarrollo.

Tabla 1. Cuadros clínicos asociados a experiencias traumáticas

	Trastornos específicos	Sintomatología	Temporalidad
Trastornos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de Estrés Agudo 	<ul style="list-style-type: none"> -Re-experimentación (recuerdos, sueños, sensación de estar reviviendo el evento, ilusiones, respuestas fisiológicas al recuerdo). -Evitación de estímulos asociados al trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> -En el Trastorno de Estrés Agudo los síntomas duran a partir del evento ocurrido y hasta un mínimo de dos semanas y un máximo de un mes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de Estrés Postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumento en la activación arousal (dificultad para mantener o conciliar el sueño, ataques de ira, irritabilidad, hostilidad, hipervigilancia, sobresalto, problemas de concentración). -Embotamiento afectivo (incapacidad para experimentar emociones positivas, indiferencia, insensibilidad). 	<ul style="list-style-type: none"> -En el Trastorno de Estrés Postraumático los síntomas duran tres meses o más a partir del evento. -En el inicio demorado pasan como mínimo seis meses entre el evento traumático y la aparición de los síntomas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa 	<ul style="list-style-type: none"> -Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma o información personal durante el evento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Puede variar desde días, meses incluso años ocurrido el evento. Se puede presentar en una única ocasión o en varios momentos diferentes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Fuga disociativa 	<ul style="list-style-type: none"> -Ocurre cuando una persona se dirige a otro lugar sin saber explicar el por qué, acompañado de confusión y 	

<p>Trastornos disociativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de identidad disociativo • Trastorno por despersonalización y desrealización • Trastorno de conversión 	<p>afectando sobretodo la memoria de contenido autobiográfico .</p> <p>-Se caracteriza por la presencia de dos o más estados de personalidad distintos que toman el control del individuo. Cada uno de estos estados toman su propio patrón de experiencias y recuerdan aspectos diferentes de la información autobiográfica.</p> <p>-Sensación recurrente de estar separado del “yo”, como si estuviera observando de forma externa su comportamiento, pensamientos, sentimientos o sensaciones. A su vez, la desrealización se caracteriza por experimentar objetos, personas o lugares como extraños o irreales.</p> <p>-Se caracteriza por la presencia de síntomas que afectan las funciones sensoriales y motrices de la persona, sin embargo no hay ninguna enfermedad preexistente que los justifique.</p>	
<p>Otros cuadros clínicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno psicótico breve 	<p>-Se caracteriza por distorsiones significativas de la realidad, las cuales se pueden presentar en uno o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico.</p>	<p>-Al generarse mediante la aparición de un suceso traumático se clasifica como una alteración de duración breve por lo cual, un episodio del trastorno es de al menos un día y no más de un mes.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de somatización 	-Existencia de síntomas somáticos múltiples y recurrentes que van desde quejas gastrointestinales, dolores de cabeza, musculares y molestias dérmicas.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno límite de personalidad 	-Existe una inestabilidad en el comportamiento pues la persona actúa de forma impulsiva, mantiene una actitud hostil y amenazante, presenta ideas paranoides, desequilibrio emocional por una reactividad notable del estado de ánimo.	-Se puede presentar y desarrollar durante algunos años durante la infancia y hasta la edad adulta, derivado de varios eventos estresantes en la vida de una persona, o bien por un acontecimiento de gran impacto emocional.
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo 	-Estado de ánimo depresivo, disminución del interés en actividades que solía disfrutar, dificultad de concentración, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperanza, cambios en el apetito y sueño, pensamientos de muerte o suicidio, fatiga o energía reducida.	-No hay antecedentes de episodios depresivos anteriores u otros trastornos especificados. La duración puede variar respecto al evento traumático vivido, pueden presentarse los síntomas de dos a catorce días en un mínimo de doce meses.
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad 	-Sensación de nerviosismo e inquietud, tensión, rumiación, agitación y miedo por futuros acontecimientos.	-Puede presentarse en los primeros días ocurrido el evento y hasta meses después con la probabilidad de convertirse en ansiedad generalizada.

(Fuente: Elaboración propia a partir de Bados, 2015; CIE-11, 2019; Figueroa et al., 2016; Guerri, 2013; Muñoz, 2013; Soria y Sáiz, 2005; Muñoz, 2020)

Como se puede observar, existen distintos trastornos y consecuencias psicológicas asociados a un evento traumático pero sin duda, el Trastorno de Estrés Postraumático es de los más comunes y el más probable que se desarrolle tras una experiencia negativa de gran impacto, por la naturaleza y las características propias del evento y de la persona (Echeburúa, 2004).

Por otro lado, Ehlers y Clark (2000 citado en Dongil, 2008) realizaron un modelo cognitivo para explicar el mantenimiento de la sintomatología postraumática e hicieron una diferenciación entre aquellas personas que sufrían con mayor intensidad y duración los síntomas y aquellas que no, determinando así factores clave para ello:

- a) La manera de procesar la información durante el evento (disociaciones, amnesia o confusión mental).
- b) Realizar una valoración excesivamente negativa del trauma y sus consecuencias.
- c) Falta de redes de apoyo.
- d) Creencias negativas de sí mismos y del mundo.
- e) Estrategias de control poco apropiadas o efectivas.

Estos puntos cobran relevancia al momento de identificar la afectación psicoemocional o al intentar predecir o explicar la forma en que la persona afrontará tal evento. De acuerdo con Bandura (1986, citado en González y Landero 2006), “los juicios que un individuo realiza sobre su propia capacidad son muy similares a los resultados específicos que se pueden observar” (p. 55).

Por otro lado, también existe diferencia en la intensidad, duración y presencia de este trastorno cuando el evento es vivido de manera directa en comparación de sólo haberlo observado, y así mismo cuando el daño o el estresor viene directamente de una persona que si es un evento natural o un accidente automovilístico, de trabajo o incluso, si es de una persona cercana (Dongil, 2008). De igual manera su evolución es muy variada, pero la mayoría se recupera totalmente entre los 12 y 24 meses ocurrido el evento y sólo un pequeño porcentaje presentará de manera crónica los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Soria y Sáiz, 2005).

2.4 Factores de protección y vulnerabilidad

La experiencia de vivir un evento traumático derivado de algún tipo de delito puede traer consigo diversas consecuencias no sólo a la víctima directa, sino también a las personas que son más cercanas a ella. Los efectos y la manera de vivir después del acontecimiento dependerá mucho de las características personales, psicológicas y emocionales de la víctima. Sin lugar a dudas, ninguna persona reaccionará de la misma manera, ni se adaptará, ni recuperará al mismo ritmo, por ello, es necesario analizar y asistir de manera profesional y personalizada cada uno de los casos (Sosa y Capafóns, 2005). Existen factores de protección y vulnerabilidad relacionados justamente a la manera de ser y de actuar de cada una de las personas antes, durante y después de un acontecimiento estresante o traumático.

Los *factores de protección* están relacionados con aquellos elementos o competencias con los que cuenta una persona, que influyen en su manera de actuar y que le permiten afrontar de mejor manera situaciones adversas (Echeburúa y Cruz-Sáez, 2015). Estas características

personales son adquiridas con el paso del tiempo y mucho tiene que ver el entorno en donde se desarrolle y crezca la persona, así como las relaciones sociales y los lazos familiares con los que cuenta. Entre dichas características, se encuentran (Leandro, 2017).:

a) *Atributos individuales:*

- Control emocional
- Autoestima adecuada
- Actitud positiva ante la vida
- Personalidad resiliente
- Capacidad de comunicación
- Habilidad para solucionar problemas
- Metas a corto, mediano y largo plazo
- Baja impulsividad

b) *Atributos familiares:*

- Cohesión familiar
- Comunicación asertiva entre los miembros de la familia
- Reglas familiares
- Metas en común
- Muestras de afecto
- Respeto hacia todos los integrantes de la familia
- Apoyo en la búsqueda de soluciones

c) *Atributos sociales:*

- Vínculos sociales positivos
- Relaciones de apoyo

- Actividades recreativas

Los factores antes mencionados no son determinantes ni pueden predecir en su totalidad la reacción de una persona ante un evento traumático, sin embargo, trabajar continuamente en ellos, desarrollarlos y aplicarlos de manera cotidiana le proporcionan herramientas útiles para afrontar cualquier situación, sea positiva o negativa, sin importar el nivel de gravedad.

Además de ello, estos factores pueden irse modificando conforme las experiencias que se le presenten a la persona o pueden permanecer estáticos si estos le funcionaron adecuadamente. Este dinamismo posibilita la adaptación, el fortalecimiento y el desarrollo de nuevas habilidades (Echeburúa, 2004).

Por su parte, los factores de vulnerabilidad también tienen un papel importante en la forma de actuar de la persona pues un mayor sentimiento de indefensión y una falta de recursos personales o sociales, harán más complicado el salir de una situación difícil (Pérez, 2005). Algunas personas cuentan con una condición preexistente que, aunado a un entorno social o familiar desfavorecedor podría generar que la persona se sienta totalmente desprotegida (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000 citado en Guerra y Canessa, 2007):

a) *Factores individuales:*

- Autoestima baja
- Desequilibrio emocional
- Aislamiento social
- Poca adaptación a los cambios

- Pesimismo ante cualquier situación que se le presenta
- Enfermedad o condición física diferente
- Trastorno mental
- Desnutrición
- Edad
- Género
- Orientación sexual

b) *Factores familiares:*

- Recursos económicos bajos
- No contar con todos los servicios básicos de vivienda
- No contar con alguno de los padres
- Muerte o enfermedad de alguno de los miembros proveedores del hogar
- Divorcio

c) *Factores sociales:*

- Conductas discriminatorias
- Desigualdad de salarios
- Falta de empleo
- Crisis económica
- Violencia
- Indiferencia y despreocupación por parte de instituciones públicas

encargadas de proteger los derechos de humanos.

El grado de vulnerabilidad va a depender no sólo de un factor, sino de la combinación de varios de ellos en sus diferentes áreas. En consecuencia, mientras más sean las condiciones desfavorables o injustas a las que esté expuesta una persona, la capacidad normal para enfrentar cualquier situación disminuye o se anula por completo, afectando también otros aspectos importantes de su vida. Aunado a lo anterior y a diferencia de los factores de protección, éstos muchas veces no dependen de la persona, pues sale de su control el poder decidir qué ocurre a nivel nacional o mundial, económica, política o culturalmente.

Tomando en cuenta estos puntos y junto con la sintomatología reportada, se podrá determinar el nivel o la gravedad del daño psicológico de manera más objetiva y así mismo, el tratamiento terapéutico más conveniente para la persona.

2.5 Reparación del Daño

Se ha hecho el análisis respecto a la diferencia entre daño moral y daño psíquico (Echeburúa, 2004), sin embargo, en la práctica aún se siguen utilizando los términos como sinónimos y es común que se llegue a confundir las características de cada uno de ellos. En los apartados anteriores he hablado respecto al daño psicológico tras la experimentación de un evento traumático, sus implicaciones, características y definición desde la psicología, entendiendo entonces que este tipo de daño además de ser más amplio respecto a las consecuencias sufridas, es medible y objetivo su estudio. A diferencia del daño moral que resulta más compleja su valoración pues considera términos más subjetivos y difícilmente cuantificables como el honor, la reputación o el decoro (Alatraste, 2008).

Si bien, es cierto que aún existe confusión de lo antes expuesto, dentro del sistema de justicia se considera una parte del daño psicológico (específicamente lo relacionado a las lesiones psíquicas) como parte del daño moral, no siendo estos lo mismo. Pues bien, de acuerdo con el artículo 1916 del Código Civil Federal:

El daño moral consiste en la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hay daño moral, cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas...siendo independiente el daño moral, del daño material que se cause.

Por lo tanto y a diferencia de lo anterior, se estaría hablando del daño psicológico cuando las consecuencias del daño puedan ser diagnosticables de manera objetiva y comprobable.

La evolución del concepto y la lucha de los derechos ha generado un cambio a nivel constitucional, pues de pasar a ser sólo un derecho de las víctimas, terminó contribuyendo en la creación de la Ley General de Víctimas (2013). Teniendo esta última como objetivo el reconocer y garantizar por medio de acciones y medidas necesarias, los derechos de las víctimas respetando sobre todo la debida diligencia, la protección, veracidad y justicia para una reparación integral. Por tanto, si por acción u omisión ilícita se produce un daño moral, el responsable de dicho daño tendrá la obligación de resarcirlo mediante una indemnización monetaria.

La reparación del daño, tiene entonces la finalidad de resarcir o compensar el perjuicio causado, aunque este término no significa estrictamente borrar o eliminar lo sucedido, si se pretende colocar a la víctima en su pleno disfrute de los derechos o intereses que fueron afectados. Ahora bien, al no poderse restablecer las cosas a la situación antes del daño, será preciso otorgar a la víctima un equivalente a los bienes afectados (Ley General de Víctimas, 2013).

De acuerdo con lo anterior y con lo dispuesto en el artículo 20 del Código de Procedimientos Penales, junto con el artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, para la reparación del daño se requiere de tres elementos:

- a) La existencia de un hecho u omisión ilícita de una persona.
- b) La afectación a la persona en cualquiera de los bienes tutelados (sentimientos, decoro, honor, afecto, creencias, etc.)
- c) Que exista una relación inmediata de causa-efecto entre el daño moral y el hecho u omisión ilícitos.

En la mayoría de las ocasiones esta indemnización no será del todo proporcional al daño causado, pues tratándose de un daño no material es difícil evaluar la afectación de la persona en términos monetarios. Sanromán (2001 citado en Mendoza, 2014) menciona que el monto dependerá de las circunstancias particulares de cada caso y así mismo Ghersi (1999 citado en Mendoza, 2014) propone un modelo estructural que contempla tres factores para facilitar la “medición” del daño moral:

- a) El periodo de vida de la persona (edad cronológica).

- b) Aspectos sociodemográficos (económico, social y cultural).
- c) Intensidad del daño por medio de la evaluación de los síntomas.

Por su parte Soria (1993 citado en Soria y Sáiz, 2005) desde una postura más psicológica considera seis elementos principales para la valoración y evaluación de los efectos de la victimización, los cuales abarcan más aspectos de la esfera psicosocial de la víctima:

- a) El sistema básico afectado por el delito.
- b) La conducta desarrollada por la víctima durante el mismo.
- c) Costos de la victimización.
- d) La relación previa con el agresor.
- e) La duración del hecho delictivo.
- f) La actitud penal.

En conjunto, estos elementos a considerar para el resarcimiento del daño conlleva un proceso de evaluación y valoración exhaustivo y de trabajo multidisciplinario, pues aunque la decisión final este a cargo del juez, el conocimiento y la determinación de estos criterios estará dada por los profesionales de la salud ya sean médicos o psicólogos, incluso de ser necesario por un psiquiatra, así como de trabajadores sociales. Es aquí entonces, que comenzará todo un proceso por medio del cual, se le brindará atención a las víctimas afectadas para poder valorar y determinar el daño psicológico ocasionado. También es importante mencionar que las medidas de asistencia y atención otorgadas como derecho a las víctimas por medio de instituciones jurídicas gubernamentales no sustituyen ni son contempladas en las medidas de reparación integral, pues éstas son independientes.

CAPÍTULO 3. LA EVALUACIÓN DEL DAÑO PSICOLÓGICO

3.1 Objetivo de la evaluación psicológica forense

La evaluación psicológica tiene como objetivo el estudio y análisis del comportamiento de una persona o un conjunto de personas, mediante técnicas e instrumentos específicos apegados a un método científico (Fernández-Ballesteros, 1993 citado en Soria y Sáiz, 2005). La información que se recolecta a partir de este proceso permite describir objetivamente características psicológicas del evaluado como lo son las emociones, las motivaciones, así como los aspectos intelectuales, de personalidad, neurológicos, patológicos y conductuales. También se analizan variables contextuales o ambientales que influyen en el curso, mantenimiento o evolución de los aspectos antes mencionados. Finalmente esta evaluación permite la formulación de hipótesis que servirán de guía para la elaboración de un diagnóstico y para la elección de una adecuada intervención (Jiménez, 2009).

En el ámbito forense y específicamente en el ámbito victimal, la evaluación pericial psicológica tiene la finalidad de valorar el tipo y el grado de daño psicológico presentado tras un evento traumático (Muñoz, 2013). Esto con la intención de buscar la reparación del mismo y como apoyo en la búsqueda del mejor tratamiento respecto a las características de la persona y los síntomas manifestados. El objetivo concreto de tal procedimiento dependerá de la demanda jurídica otorgada y será presentada mediante un informe psicológico forense, el cual fungirá como una prueba más dentro del proceso judicial en curso (Muñoz et al. 2011).

De igual forma, la valoración para las víctimas indirectas es importante y recomendable pues no sólo resulta en un desajuste emocional y cognitivo para quien experimenta directamente

el hecho, sino que suele haber un efecto de ola expansiva que llega a perjudicar al entorno familiar y social de la víctima directa (Soria y Sáiz, 2005). Las evaluaciones realizadas a miembros de la familia o personas que tengan alguna relación cercana con la víctima tendrán un peso importante como una prueba más de la afectación y alcance del hecho delictivo.

El papel del psicólogo como perito es mantenerse siempre imparcial y sobretodo conducirse con ética y profesionalismo, pues ser víctima de un delito resulta ser una experiencia altamente estresante en la vida de una persona e implica una decisión legal futura respecto al mismo hecho, que tendrá una consecuencia no sólo para la parte afectada sino también para el victimario. Así mismo, los instrumentos que el psicólogo utilice son sumamente relevantes para la evaluación, pues al ser un medio de prueba más y con la responsabilidad que esto implica, se espera que las conclusiones o el diagnóstico emitido por el perito en psicología tengan un sustento y validez científica (Bonell, 2018).

Alcazar et al. (2008) y Almendros (2012) mencionan que la evaluación pericial forense debe regirse por los mismos principios que cualquier otra actividad científica (planteamiento de hipótesis, basarse en un marco teórico, observación y seguir una metodología que permita su replicabilidad).

3.2 Fuentes de información en la evaluación psicológica

En una evaluación psicológica, es importante como primer paso, tener bien definido el propósito de tal procedimiento, ya que de eso dependerá la elección de las técnicas y herramientas a utilizar posteriormente. Aunque cada profesional trabaja de manera distinta, en

algunos casos tendrá la total libertad de elaborar un plan de acción que considere pertinente, pero en otros estará atendido a las condiciones y recursos del lugar en el que se encuentre laborando. Del mismo modo, la oportunidad para tener acceso a familiares, amigos, informes previos ya sea de servicios sociales, médicos u otros profesionales particulares que hayan atendido en algún momento a la víctima directa, podría variar e incluso ser una limitante durante el proceso de evaluación. Sin embargo, existen algunas fuentes y recursos que no se pueden dejar de lado, ya que aportan información valiosa y le dan sustento al informe final emitido por el perito (Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense y la práctica pericial 2014), los cuales se mencionaran a continuación:

a) Entrevista Forense

La entrevista tiene como propósito recabar la mayor cantidad de información que se considere relevante, de acuerdo con los objetivos planteados, ya sea que los datos obtenidos sean de momentos pasados de la vida del evaluado o sobre circunstancias actuales (Soria y Saíz, 2005). Así mismo, dependiendo del contexto y las condiciones en las que se desarrolle, ésta tendrá características y una estructura particular.

La estructura de la entrevista cobra relevancia, pues de ello depende la calidad de la información obtenida (Fernández-Ballesteros y Dolores, 2013). En el contexto forense es común que el formato de la entrevista sea semiestructurado, pues permite de manera dinámica y sistematizada abordar aspectos importantes del evaluado (Echeburúa et al., 2011). Las preguntas cerradas son útiles para obtener información precisa, para guiar el proceso de la evaluación y para facilitar la toma de decisiones al elaborar el diagnóstico final. Sin embargo, Arce y Fariña

(2005) hacen especial énfasis en utilizar cuidadosamente las preguntas cerradas, pues de plantearlas mal o sugerir una respuesta dicotómica respecto a la sintomatología presentada, podría resultar para el evaluado, un camino facilitador para mostrar una actitud de simulación. Por otro lado, las preguntas más abiertas le dan libertad al evaluado para contestar, conociendo así su fluidez verbal, creencias, emociones, y actitudes, lo que a su vez disminuye la tensión que de por sí genera el ambiente. Algunos puntos a tratar en la entrevista pueden ser:

- Datos sociodemográficas.
- Antecedentes personales (de salud, familiares, sociales, educacionales y laborales).
- Estado mental actual (concentración, lenguaje, memoria, atención).
- Características del evento traumático o del acontecimiento por el cual se pide la evaluación.
- Sintomatología presentada y desarrollo de la misma.
- Trastornos psicopatológicos (si posee alguno).

Por otro lado, en el ámbito forense, es común que el propósito de la evaluación se establezca y se le comunique al evaluado antes de tener el primer encuentro con el profesional. Esto podría influir en la información dada pues, motivados por el propósito de tal evaluación podrían haber planeado sus respuestas. Ante este fenómeno las habilidades del entrevistador, su preparación, experiencia, los recursos que él aporte favoreciendo las condiciones del entorno, la capacidad para establecer una relación empática, así como el control que tenga durante todo el proceso, serán sumamente importantes (Fernández-Ballesteros y Dolores, 2013).

Además de lo anterior, es esencial que el profesional que este evaluando procure cuidar el lenguaje y los contenidos que vaya abordar, pues por falta de conocimiento o familiaridad con ciertas palabras podrían generarse respuestas vagas, imprecisas o simplemente no generar ninguna respuesta. Por esta razón, conviene planificar la estructura de la entrevista, pues de eso depende la calidad de la información que se obtenga (Matarazzo et al., 1964 citado en Fernández-Ballesteros y Dolores, 2013).

Por último, cabe destacar que esta técnica se adapta fácilmente a las necesidades del profesional y a las condiciones del evaluado además, brinda un panorama general que sirve de guía para la posterior aplicación de pruebas o test psicológicos, así como la formulación de hipótesis que serán comprobadas posteriormente (Pérez et al., 2005). Y finalmente, emplea pocos recursos materiales, así como tiempo y esfuerzo por parte del evaluado.

b) Observación

De la mano con el punto anterior viene otra técnica de gran utilidad que proporciona información valiosa, más allá de lo que se puede expresar con palabras, la observación. En una evaluación psicológica se pretende que el profesional a cargo este entrenado para realizar dicho análisis, al tiempo que realiza la entrevista o aplica pruebas o instrumentos psicométricos. Es recomendable tener protocolos que faciliten el registro de la conducta observada con la finalidad de describirla, clasificarla y explicarla de mejor manera. Jiménez (2009) propone algunas técnicas para ello:

- 1) *Registros narrativos*: Descripciones sencillas y en un formato flexible de la conducta observada.

- 2) *Escalas de apreciación*: Técnica que permite obtener una estimación cuantificada de conductas o actividades que realiza el sujeto, de acuerdo con nuestro propósito de evaluación.
- 3) *Protocolos observacionales de conducta*: Son registros o listas de conductas específicas que se pueden clasificar y que permite hacer relaciones funcionales entre sí, así como entre otros factores ambientales.
- 4) *Sistemas de categorías*: Permite un registro delimitado pero específico de conductas, en categorías que serán clasificadas por medio de códigos. Esto facilita y agiliza el registro, teniendo la posibilidad de consultar la explicación más detallada de la conducta en un apartado adicional.
- 5) *Recogida de datos mediante dispositivos mecánicos*: El avance de la tecnología a permitido la utilización de aparatos electrónicos y mecánicos para el registro automático de conductas. Estos son programados de acuerdo con criterios bien establecidos y el resultado puede ser categorizado en un computador para su posterior análisis.

Para algunos de estos registros y con la intención de hacer una versión cuantificada de la conducta, se consideran ciertas unidades de medida:

- 1) *Ocurrencia*: Si ocurre o no la conducta.
- 2) *Frecuencia*: Se refiere a la conducta que ocurre en un determinado tiempo.
- 3) *Duración*: El tiempo total que dura cierta conducta.
- 4) *Dimensiones cualitativas*: Intensidad o magnitud en la que se presenta la conducta y que se puede relacionar con una dimensión temporal.
- 5) *Orden*: Secuencia de las distintas ocurrencias de conducta.

Con los criterios anteriores, junto con algunas de las estrategias ya mencionadas se puede tener mayor control de aquella información que se está observando, facilitando la elaboración de inferencias mediante las características del estado emocional y psicológico actual del evaluado. Así mismo, permite contrastar la información dada ya sea en la entrevista o en la aplicación de pruebas buscando, entre otras cosas y mediante un análisis de contenido, información habitual propia de la simulación (Síntomas improbables, inconsistencia de síntomas, agrupación indiscriminada de síntomas, patrones conductuales de psicopatología severa, entre otros).

Aunque en la observación existen diferentes fuentes de error, sobre todo en el contexto forense, ya sea por parte del evaluador o del evaluado, es conveniente recurrir a los métodos antes enlistados para hacer de esta técnica una fuente de información lo más válida y confiable posible. Si las condiciones y el evaluado lo permiten, el apoyo de otros expertos siempre servirán para mantener la objetividad durante el proceso.

c) Aplicación de pruebas o instrumentos psicológicos

En la evaluación psicológica forense, la tarea principal del perito es brindar una visión coherente y fundamentada de los hechos respecto al área de la psicología (Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense y la práctica pericial, 2014). Para ello, los psicólogos cuentan con un amplio número de pruebas de evaluación con diferentes características y componentes, que se dirigen a describir un número variado de constructos psicológicos. Sin embargo, pocas de ellas se han elaborado específicamente para el contexto forense, y respecto a la evaluación del daño psíquico, comúnmente se utilizan algunas del área

clínica que dejan ver sintomatología traumática o alteraciones emocionales que podrían ser propias de la victimización (Muñoz, 2013).

Por lo tanto, es recomendable que se opte por instrumentos o pruebas psicométricas, pues de acuerdo con sus propiedades, éstas brindan información objetiva y estandarizada del repertorio conductual relacionado al constructo psicológico de interés (Cattell, 1890, citado en Fernández-Ballesteros y Dolores, 2013). La estandarización, que es un elemento fundamental en la evaluación, hace referencia “al modo mediante el cual los procedimientos de aplicación, materiales y sistemas de puntuación permanecerán constantes, es decir, invariantes en el tiempo e independientes de quien aplique el test” (Fernández-Ballesteros y Dolores, 2013, p. 300). Lo anterior es relevante, pues permite una óptima y controlada administración, supervisión, registro, calificación y análisis de la información obtenida, así como la replicabilidad de la técnica.

Otras características esenciales de las pruebas psicométricas, que hacen de su uso una práctica más responsable y objetiva son:

- 1) *Confiabilidad*: Se refiere a “la consistencia entre los puntajes de un test obtenidos por los mismos individuos en distintas ocasiones o entre diferentes conjuntos de ítems equivalentes” (APA, 1999, citado en Olaz y Pérez, 2008, p.73); lo cual tiene que ver con la precisión de la medida y la disminución del error o las inconsistencias que podrían influir en el proceso y por ende, en el resultado de la evaluación. Aunque si bien es cierto, el error o los sesgos están habitualmente presentes en el proceso de evaluación, sobretodo tratándose de la complejidad que tienen de por sí los constructos psicológicos; el control

que se tenga de ello mediante métodos específicos es lo que permitirá aumentar la confiabilidad y en consecuencia, la puntuación verdadera (Anastasi y Urbina, 1998).

- 2) *Validez*: Representa el significado teórico de las puntuaciones al comprobar que el test realmente mide el constructo que se pretende medir (Nunnally, 1991 y Oliden, 2003, citado en Olaz y Pérez, 2008). Para ello, el proceso a realizar para verificar la validez del test se basará en el análisis de su contenido, la estructura interna, el proceso de respuesta, las relaciones con otras variables externas y las consecuencias de su aplicación.
- 3) *Baremos*: Este término va de la mano con la estandarización, pues para tener una interpretación comparativa de los puntajes individuales, fue necesario que el test pasara por un proceso de aplicación a una muestra representativa de la población. Siendo los baremos el resultado de dicho proceso, éste se puede definir como “tablas de equivalencia entre puntuaciones originarias y transformadas que permiten la comparación de los resultados individuales con los de un grupo de referencia” (Grasso, 1999, citado en Olaz y Pérez, 2008). Lo relevante de este concepto recae en que los aspectos socioculturales de una población influyen en la manera en cómo se interpreta y contesta cada uno de los ítems que conforman la prueba, y por ende los resultados obtenidos en ella.

Cabe mencionar que en este contexto considerar, entre otras cosas, la manipulación de las respuestas como un fenómeno habitual por lo tanto, elegir siempre pruebas que posean propiedades psicométricas apropiadas será lo más recomendable, y lo que al final determinará la calidad de la información obtenida y así mismo, hará la diferencia al momento de emitir ciertos resultados y conclusiones.

Por otra parte, las pruebas psicológicas se han clasificado de diferentes maneras y de acuerdo con diferentes criterios, ya sea por su contenido, respecto al tipo y número de población al que van dirigidos, o en función de los materiales que se utilizan para su aplicación. Otra clasificación realizada por Cronbach (1992, citado en Olaz y Pérez, 2008) que resulta de interés en las evaluaciones forenses por centrarse mayormente en su contenido tiene que ver con el rendimiento o esfuerzo que se les pide que realicen a los evaluados.

Los test de rendimiento máximo exigen que el evaluado dé su mayor esfuerzo, pues el nivel de dificultad de cada pregunta o la rapidez de ejecución va aumentando progresivamente, es el caso de los test de inteligencia y/o aptitudes. Aunque hay algunas variaciones en las pruebas que conforman este grupo, la intención va en establecer el nivel de eficacia y precisión con el que responde el evaluado.

Lo destacable de evaluar en las víctimas la inteligencia u otros procesos cognitivos ya sean básicos o superiores, es conocer el estado mental de la persona, descartar cualquier alteración a nivel estructural, o en su caso, algún deterioro cognitivo (Maffioletti, et al., 2010). Esto es importante porque permite, entre otras cosas, dar cuenta de las estrategias que utiliza para enfrentar los problemas diarios de la vida, conocer su grado de flexibilidad cognitiva que sirve para adaptarse fácilmente a los cambios y al medio social en el que se encuentra, el empleo de la búsqueda de soluciones, su bagaje cultural, y su organización mental que le permite procesar información nueva y construir ideas.

Por su parte, los test de rendimiento típico tienen que ver más con respuestas del comportamiento habitual del evaluado en diferentes áreas de su vida; sus actitudes, intereses, creencias, valores, sentimientos o aspectos motivacionales. De esta manera, se estaría evaluando, dependiendo de los objetivos, la personalidad y el estado emocional actual del evaluado.

Lo anterior, es relevante incluirlo en una evaluación forense, ya que será el sustento para determinar en qué medida el evento traumático ha afectado la vida de la víctima, recordando que éste, suele traer consecuencias y alteraciones psicológicas graves. Por otro lado, evaluar la personalidad permite diferenciar entre la estabilidad y la transitoriedad de un estado, es decir, entre aquellos rasgos característicos de la persona y los que surgen como respuesta a estresores externos o situacionales (Jiménez, 2009).

Así mismo, no siempre que se evalué la personalidad quiere decir que se va a investigar algún trastorno en particular sino que además de ello, es importante conocer los recursos cotidianos que utiliza la persona para hacer frente a los problemas comunes de la vida, la manera en cómo se relaciona con los demás y la percepción que tiene de sí mismo, con todo lo que eso conlleva (Echeburúa y Corral, 2005).

Cualquiera que sea el caso, la prioridad en este contexto es utilizar pruebas variadas con una base científica adecuada, que se adapten a los objetivos específicos y a las características de la persona. Buscando que los resultados obtenidos permitan hacer clasificaciones cualitativas e impresiones diagnósticas que avalen el argumento final escrito en un dictamen.

3.3 Nexos de causalidad

En el contexto forense y específicamente en la evaluación del daño psíquico es necesario establecer la relación causal entre el evento traumático (acto a juzgar) y las consecuencias psicológicas presentadas (Carballal, 2008 y Asensi, 2008). Una vez que se tenga mayor información de la sintomatología presentada por parte de la víctima, es indispensable valorar a profundidad la relación entre la acción u omisión del infractor con el resultado dañoso, pues precisar objetivamente este nexo y utilizarlo como prueba, hará patente la culpabilidad que obliga a reparar el daño. Para tal identificación existen seis criterios básicos (Honoré, 2015) que se mencionan a continuación:

- a) *Criterio etiológico*: Se refiere a conocer la naturaleza de los efectos presentados, como posibles consecuencias reales del acontecimiento.
- b) *Criterio topográfico*: Se establecen las consecuencias de la situación traumática. En el caso de las lesiones físicas es más fácil ubicarlas visualmente sin embargo, para una lesión psíquica esto no es posible, por lo que es necesario utilizar un criterio diferente y una serie de técnicas específicas.
- c) *Criterio cronológico*: Establecer la temporalidad y el curso de los síntomas presentados. En caso de un trastorno de estrés postraumático es importante describir si presenta lesiones psíquicas o secuelas emocionales, así como si fue de inicio demorado o no.
- d) *Criterio cuantitativo o de intensidad*: Este criterio se refiere a la relación que hay entre la intensidad del evento estresante y la gravedad de las secuelas físicas y psicológicas ocasionadas. Cabe señalar que esta relación no siempre será directamente proporcional, pues la forma de experimentar y manejar la situación varía entre cada persona. Mucho

tienen que ver los factores de protección y vulnerabilidad, así como el proceso legal llevado a cabo posteriormente y por supuesto, el evento en sí.

- e) *Criterio de continuidad:* Este criterio hace hincapié en el aspecto sintomático, cuando las secuelas psicológicas tardan en manifestarse tras haber ocurrido el evento. En este caso, es probable que los mecanismos de defensa u otras alteraciones importantes estén influyendo en el comportamiento de la persona.
- f) *Criterio de exclusión:* Evaluar la existencia de alguna patología previa, que resulte agravada por la experiencia traumática.

Como se puede observar, los criterios anteriores servirán como último paso para el análisis y la integración de los resultados. Sin embargo, es necesario que previamente se haya realizado una adecuada evaluación e investigación, pues de ello dependerá que se comprueben o no las hipótesis planteadas en un principio. Recordando siempre que la labor principal del perito forense es “determinar qué parte de lo evaluado como daño es atribuible al posible hecho típico que se está investigando” (Maffioletti et al., 2010, p.34), y no la real ocurrencia del hecho. Así mismo, nos brindará las herramientas necesarias para defender ante un tribunal el dictamen emitido como producto final de la evaluación.

3.4 La ética en la evaluación pericial psicológica.

La evaluación del daño psicológico, es una práctica basada en principios éticos, o es una mala praxis que afecta sobre todo, a la víctima que está siendo evaluada, y que resulta generalmente en una victimización secundaria. Por tal motivo, este procedimiento requiere de una metodología adecuada y exhaustiva que logre sustentar la presencia o no de dicho daño, e

incluso de ser posible, mencionar en qué grado se ha visto afectado la vida de la víctima. Para ello, el perito debe guiarse por principios no sólo personales sino ante todo profesionales, que garanticen en todo momento el bienestar de las personas, grupos u organizaciones a las cuales se brindaran los servicios.

El Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007) señala cuatro principios generales que deberán aplicarse en todo momento, sea cual sea la intención para la cual fue requerida la intervención del psicólogo:

- 1) *Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas:* Lo cual incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.
- 2) *Cuidado responsable:* La labor del psicólogo tiene que evitar en todo momento el daño hacia la persona o a un grupo ya sea en forma de humillación, miedo, dolor, daño a la autovalía, a la confianza, a la integridad personal, o a la seguridad física. Así mismo, tiene que ver con el actuar profesional y la manera en cómo emplea sus conocimientos, para lo cual, es importante mantener una capacitación y actualización continúa, así como demostrar por medio de títulos o certificados la formación adquirida.
- 3) *Integridad en las relaciones:* Tiene que ver con los valores y las prácticas que el psicólogo establece con los demás, por ejemplo, la honestidad, la apertura, el nulo prejuicio o sesgo, la objetividad, el respeto y la justicia hacia las personas.

- 4) *Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad:* La Psicología como ciencia, y al tener como objeto de estudio la conducta humana, pretende aumentar el conocimiento que se tiene sobre ello y promoverlo para beneficio de la humanidad.

Por otro lado, hablando de la evaluación o valoración psicológica, existen criterios más específicos que deberían ponerse en práctica en cualquier contexto que se realice dicha labor. Sin embargo, tratándose del ámbito forense he de dividir, para fines prácticos, los criterios señalados del artículo 15 al 28 del Código Ético del Psicólogo (2007), así como los mencionados por Javier Urra en su artículo “*Dilemas éticos de los psicólogos jurídicos*” (2007), en cuatro diferentes puntos:

- 1) *Habilidades y conocimientos del profesional:* No es obligación del perito en psicología conocer a profundidad conceptos del sistema jurídico, ni le correspondería ofrecer conclusiones respecto a leyes. Sin embargo, si es importante comprender los derechos y procedimientos legales básicos en los que su actividad tenga lugar. Así mismo, no es suficiente con la formación que recibe en la carrera de psicología, pues por la complejidad y el ámbito en el que interviene, tener un conocimiento más especializado le proporcionará mejores herramientas y habilidades para su actuar.
- 2) *Metodología utilizada.* Antes de comenzar con el procedimiento de evaluación es necesario contar con la aceptación oral y escrita por parte del evaluado, a través de un consentimiento informado. Éste dará a conocer el procedimiento a realizar, los objetivos específicos y la finalidad de dicha evaluación, brindando por lo tanto la autorización de ello.

Cualquier uso de técnica, instrumento, cuestionario, pruebas o entrevista tiene que contar con propiedades adecuadas, basadas en conocimiento teórico y con fundamento científico. Asegurando así la confiabilidad y validez de dicho procedimiento. Por lo tanto, no se deberán utilizar pruebas obsoletas o aquellas que no estén adaptadas a la población a la cual realizaremos dicha valoración, respetando por lo tanto, los criterios de estandarización.

El resguardo de los instrumentos o las pruebas utilizadas es fundamental, pues restringir su acceso sólo a las personas que por alguna razón profesional o jurídica tengan especial interés, asegura la integridad del evaluado y evita el mal uso de la información.

3) *Redacción de informes:* Estos tendrán que estar basados en pruebas comprobables y reportaran honestamente los resultados encontrados junto con las limitaciones de los mismos. Si existieran aspectos relevantes de los que el Psicólogo se haya percatado, en donde sea necesaria la intervención de otro profesional (psiquiatra, trabajador social, médico, etc.) por la naturaleza o complejidad del asunto, será su responsabilidad hacer la recomendación en un apartado especial. Así como sugerir llevar a cabo un proceso terapéutico en beneficio de la víctima.

Por otro lado, el lenguaje utilizado en un dictamen tiene que ser claro y entendible para aquellos que no tienen un conocimiento profundo en el área de la Psicología; pero sin perder el sentido estricto de la ciencia.

4) *La imparcialidad:* Es importante que el psicólogo se mantenga imparcial en todo momento y no permita que la información reportada en el dictamen final sea influenciada por la parte por quien fue contratado.

Por otro lado, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2001, citado en Lira y Ramón, 2020) sostiene que en el ámbito forense se acentúan los dilemas éticos en los psicólogos, y así mismo, es donde hay mayor número de prácticas negligentes. Por lo cual, construir una base sólida desde la formación profesional e inculcar una cultura de buenas prácticas psicológicas, en donde el máximo interés este en el respeto y la defensoría en todo momento de los Derechos Humanos así como el interés superior del menor, es primordial e indiscutible hoy en día.

3.5 Otros aspectos a considerar en la evaluación psicológica forense.

Existe por otro lado, algunos puntos que son igual de importantes al momento de realizar una evaluación, los cuales tienen que ver con el nivel de objetividad y prudencia del perito, así como los cuidados que cualquier profesional debería tener, este en el nivel que este y pese a su amplia experiencia:

- a) *Establecer el alcance de la evaluación psicológica:* Es importante comunicar a la víctima todo lo que implica la evaluación a realizar, los alcances y las limitaciones. Sobre todo cuando existen variables que influyen directamente en los resultados de la evaluación; el tiempo, el espacio, los recursos materiales, la poca información disponible para revisión, si el evaluado cuenta con alguna condición física o maneja otra lengua por la cual sea muy difícil establecer una comunicación fluida y entendible, las propiedades psicométricas de los instrumentos a utilizar, etc.
- b) *Supervisión o revisión de los resultados por parte de otro experto:* En ocasiones la guía o el asesoramiento por parte de otro profesional puede ser de gran utilidad, sobre todo para dejar a un lado los sesgos o poner atención a los detalles que se podrían estar

pasando por alto. Para lo cual, es importante tener ciertas consideraciones y sobre todo, no revelar la identidad ni ningún otro dato personal del evaluado que lo pueda poner en riesgo.

- c) *Evitar la victimización secundaria:* Es necesario tener especial cuidado con la entrevista que se le hace a la víctima, así como con los instrumentos o pruebas a utilizar, pues preguntas recurrentes sobre un mismo aspecto, o la posible coacción o inducción de declaraciones, estaría violentando la integridad del evaluado y re-victimizándola (Lira y Ramón, 2020).
- d) *El papel real del perito en el juicio oral:* La labor fundamental del perito es hacer comprensibles los conceptos o indicadores psicológicos encontrados, por medio de una correcta comunicación, sirviendo como orientación al juez para llegar a una conclusión justa y precisa (Brodsky, 2013 citado en Lira y Ramón, 2020).
- e) *Momento de la evaluación:* Considerar el tiempo entre la comisión del delito y la fecha de evaluación, pues este periodo podría ser determinante en la observación directa de la intensidad reactiva de los síntomas (Maffioletti et al., 2010).
- f) *Los cuadros clínicos presentados pueden no ser vinculares con el hecho traumático:* Este punto tiene que ver con establecer el nexo de causalidad, pues aunque puede existir una alteración en el funcionamiento y en la integridad de la víctima, esto no necesariamente conforma un cuadro o una enfermedad psicopatológica. Sin embargo, puede llegar a confundirse por el nivel igualmente significativo de los síntomas (Tkaczuk, 2001, citado en Maffioletti et al., 2010).
- g) *Considerar la simulación y disimulación como un posible fenómeno:* En la evaluación psicológica, sobre todo en el ámbito jurídico, está muy presente la motivación a mentir o

simular por parte del evaluado. Conociendo los resultados que podrían beneficiarlo en un futuro, las respuestas y la conducta mostrada podrían estar fuertemente influenciadas (Jiménez, 2010).

En definitiva, la evaluación psicológica es un proceso complejo en el cual es necesario poner en práctica todas las herramientas y habilidades propias de un psicólogo. Por esta razón, resulta especialmente relevante y de total interés el último punto del listado anterior. La simulación es un fenómeno real, que puede encontrarse en la práctica clínica diaria y que tiene una gran influencia en la impresión diagnóstica. Por lo cual, si se dice que una persona podría estar simulando sintomatología postraumática, sería un error no considerar incluir en el procedimiento alguna técnica o instrumento más especializado que arroje información respecto a este comportamiento.

En la práctica ocurre totalmente lo contrario, ya sea por la falta de conocimiento, de experiencia, de recursos, o algún otro factor, muy pocos psicólogos utilizan las técnicas adecuadas que permitan, hasta cierto punto, dar cuenta de tal situación (Perilla, 2019). Asimismo es un fenómeno poco estudiado, con muy poca investigación en el campo, pero que es bien sabido entre los profesionales que en el ámbito forense es aún más común que en otros contextos.

Por lo tanto, considerar la evaluación de la simulación como un procedimiento de validez y contraste de información, dentro del procedimiento de evaluación psicológica, permitirá realizar un dictamen mucho más completo y confiable. No digo que en todos los casos ocurra y quizá,

respecto a las víctimas el porcentaje es menor en contraste con las personas que delinquen. No obstante, si se pasa por alto cualquier fuente de información o si no se reconoce la existencia de alguna variable contaminadora dentro del procedimiento, se estaría cometiendo un error y sólo se reflejaría la falta de profesionalismo del psicólogo.

En el siguiente capítulo se hablará más a profundidad sobre la simulación, sus características y las teorías que han tratado de explicar la razón de este comportamiento. De modo que se pueda apreciar el alce y las limitaciones que tiene su estudio para la psicología forense.

CAPÍTULO 4. LA SIMULACIÓN EN LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORNSE

4.1 El concepto de simulación y sus características

La simulación se define como la producción consciente y voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados, que son motivados por incentivos externos (Capilla y González, 2009). No está considerada como un trastorno mental, sin embargo, está incluida y descrita brevemente en el DSM-5 en el apartado de *problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). El interés creciente por este fenómeno se debe principalmente a sus implicaciones en el ámbito médico-legal (González, Fernández y Santamaría, 2010), desde el aspecto económico, hasta el criminal y victimológico. De acuerdo con Gisbert Calabuig (2004, citado en Díaz 2014) son tres las principales características de la simulación:

- 1) Intencionalidad del engaño.
- 2) Imitación o reproducción de trastornos patológicos o de sus síntomas.
- 3) La obtención de algún beneficio inmediato para el simulador.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que simular es una decisión tomada por la persona con antelación y planeada para un fin en específico. Donde la actitud y la conducta de la persona reflejan aquello que desea que los demás vean, tomando en cuenta que una característica fundamental es que no existe una enfermedad o algún cuadro clínico determinado. Así mismo, sería erróneo hablar de la simulación como un trastorno psicológico y más aún del *diagnóstico de simulación*, pues es importante entender que ésta es sólo un estilo de conducta centrada en el engaño (Jáuregui, 2017).

Aldea en 1994 (Monroy, 2011) tras una revisión teórica, hizo una recopilación de las características que se podrían perfilar para distinguir a las personas simuladoras, entre las cuales encontró que:

- a) La simulación es más frecuente en hombres que en mujeres.
- b) La persona simuladora suele pertenecer a un nivel sociocultural bajo.
- c) Su adaptación social suele ser oportunista y cambiante.
- d) Sus ingresos hospitalarios suelen ser escasos.
- e) La mayoría de los simuladores rechazan evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, haciendo más difícil encontrar la etiología de la sintomatología reportada.
- f) La persona es consciente de su conducta y lo hace de manera voluntaria.

Es claro que los puntos antes mencionados no son determinantes y tampoco excluyentes, pues en los últimos años el interés por parte de investigadores y profesionales dentro del ámbito forense, ha permitido que la investigación respecto a la simulación crezca considerablemente. Por lo tanto, sería mejor utilizar sólo como guía aquello que aún la evidencia empírica no ha consolidado.

4.2 Diagnóstico diferencial.

Un trastorno comúnmente asociado y que podría confundirse con la simulación es el trastorno facticio que como lo define el DSM-5 (APA, 2013), éste es la producción intencionada de signos o síntomas ya sean físicos o psicológicos. Estos síntomas pueden ser inventados, auto-inflingidos, exagerados o exacerbados de un padecimiento ya existente, o bien, una combinación de los anteriores. De igual manera, la persona puede asumir totalmente el papel de enfermo

llegando incluso a inventar historias sobre las razones de su padecimiento y cómo lo viven (De la Llave, 2017).

La simulación difiere del trastorno facticio, principalmente por el objetivo de las conductas mostradas; en la simulación existe una ganancia secundaria o un motivador externo especialmente legal y económico, lo cual no hay en un trastorno facticio (Herrera y Salazar, 2017). Así mismo, este trastorno generalmente es crónico y puede estar acompañado con un trastorno de personalidad, lo cual en la simulación tampoco sucede.

Por otro lado, se podría hablar de un trastorno somatomorfo sin embargo, aunque existen molestias o síntomas físicos que no están asociados a un trastorno físico verdadero, la persona no los produce de manera intencionada. De la misma manera, la simulación se diferencia de un trastorno de conversión o disociativo pues, aunque no hay una explicación médica de la causa, los síntomas son reales y no son controlados o manipulados por la persona (De la llave, 2017).

Finalmente, la simulación es un fenómeno completamente diferente a la hipocondría, pues este último se caracteriza por una preocupación y miedo constante por la fuerte convicción de padecer una enfermedad grave. Este pensamiento se deriva de la percepción corporal de algún síntoma que en su mayoría es leve, pero que la persona lo eleva o le presta demasiada atención (APA, 2013).

Saber identificar entre un trastorno como los antes mencionados y una persona simuladora, dependerá del conocimiento y expertise del profesional. Así como de los recursos

que utilice para evaluar correctamente a la persona, pues en algunas ocasiones las carencias teórico-metodológicas dentro del proceso de evaluación, podrían provocar falsos positivos. Los cuales, son más comunes de lo que se piensa (Járegui, 2017).

Prasad (1985, citado en De la llave, 2017) propuso un sencillo esquema para realizar de manera rápida el diagnóstico diferencial entre los distintos trastornos:

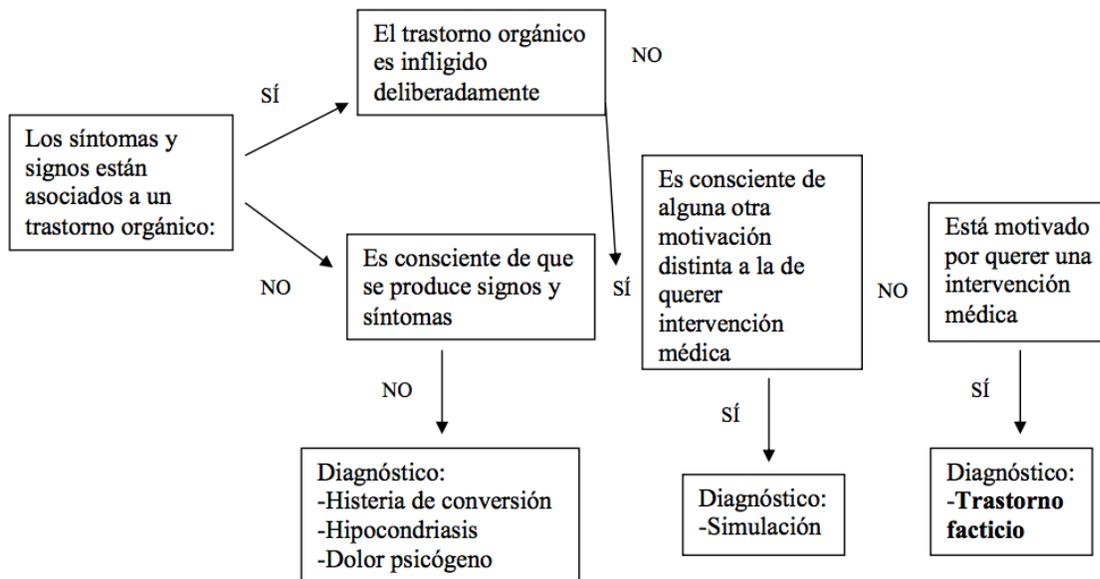


Figura 1. Diagnóstico diferencial del Trastorno facticio (Prasad y Oswald, 1985 citado en De la llave 2017, pg.7).

Otra clave esencial para el diagnóstico diferencial, será pensar en qué contexto se está evaluando a la persona y con qué interés se está haciendo dicho procedimiento. Por lo tanto, si se habla de una persona que resultó víctima de algún delito (contexto forense) y por el cual se está solicitando alguna indemnización, se tendrá que poner especial atención a los indicadores de simulación que podrían surgir.

4.3 Tipología.

A lo largo de los años distintos autores han realizado diversas tipologías, basadas en su propia investigación y enfoque. Ya sea desde la perspectiva de los trastornos mentales como lo hizo desde un inicio Porot en 1921, o a partir de la personalidad del simulador como lo hizo Najera en 1930 (Pérez et al., 2016). Algunas otras clasificaciones han resultado ser más generales, y han sido estructuradas únicamente con base al fingimiento de síntomas ya sea físicos o psicológicos (Bruno y Cabello, 2002; Cabrera y Fuentes, 1990; Nuñez, 2014, citado en Herrera y Salazar, 2017). Por lo que entre los términos más conocidos y generales se encuentran:

- a) *Simulación total*: es el fenómeno de simulación propiamente, donde la persona trata de producir algo inexistente y con la finalidad de obtener ciertos beneficios.
- b) *Disimulación*: la persona trata de ocultar síntomas existentes de manera consciente.
- c) *Parasimulación*: se refiere a la acción por parte del individuo por representar una patológica distinta a la que ya padece.
- d) *Sobresimulación*: exageración de síntomas que realmente existen, pero que no se encuentran en el nivel en el que el evaluado reporta.
- e) *Metasimulación*: simular síntomas de alguna patología que presentó en el pasado, pero que en la actualidad no padece. También puede ocurrir un fenómeno de perseveración, al continuar reproduciendo estos síntomas. Al tener este conocimiento previo, es más fácil para la persona simular.
- f) *Presimulación*: la simulación de síntomas comienza antes de la comisión de algún delito.

Por su parte, Gisbert (2005, citado en Monroy, 2011) realizó una tipología diferente, que tiene mayor relación con el ámbito jurídico. Pues estos criterios se basan principalmente, en la naturaleza del fraude y en la motivación del simulador:

- a) *Simulación defensiva*: el simulador trata de evitar una sanción.
- b) *Simulación ofensiva*: el objetivo de la simulación es la venganza hacia un sujeto, atribuyéndole a éste su causa.
- c) *Simulación lucrativa*: la persona simula la sintomatología para explotar la caridad pública.
- d) *Simulación aduladora*: se caracteriza por imitar la enfermedad o dolencias de maestros o líderes a los cuales admira.
- e) *Simulación ambiciosa*: el objetivo de la simulación es obtener honores o beneficios.
- f) *Simulación afectiva*: el motivo de la simulación podría ser situaciones altruistas o sentimentales.

Es importante entender que la simulación no se trata de un fenómeno de todo o nada, por el contrario, pueden existir diferentes grados (sospecha de simulación, probable simulación y clara existencia de simulación) y así mismo, diferentes formas de manifestarse (Wygant et al., 2009 citado en Jáuregui, 2017).

Rogers y Bender (2018) plantearon una estructura diferente que se basa en la idea general de que la simulación implica diferentes estilos de respuesta. Donde los engaños de las personas ocurren rutinariamente, aunque con mayor o menor frecuencia dependiendo del contexto. Para los autores cada persona, es guiada por su propia motivación y objetivos, por lo que construye y

decide responder de cierta manera, aunque algunas veces la información que proporcione a los demás no sea del todo honesta u omite ciertas cosas. Además, Rogers y Bender (2018) también afirman que estos estilos de respuesta permiten mostrar de cierta manera, la personalidad del individuo . A continuación se muestra una tabla a manera de resumen, sobre los diferentes estilos de respuesta que enlistó Rogers:

Tabla 2. Estilos de respuesta.

Términos inespecíficos	<i>Falta de fiabilidad</i>	El evaluado proporciona datos inexactos.
	<i>No divulgación</i>	Omisión de datos o información.
	<i>Auto-divulgación</i>	Apertura que tiene la persona sobre sí mismo
	<i>Engaño</i>	Cualquier intento por distorsionar o tergiversar la información que proporciona.
	<i>Disimulación</i>	Distorsión deliberada sobre síntomas psicológicos.
Patología exagerada	<i>Simulación</i>	Producción falsa o exagerada de síntomas físicos o psicológicos.
	<i>Trastorno facticio</i>	Producción intencional de síntomas motivado por el deseo de asumir el papel de “enfermo”.

	<i>Fingir</i>	Fabricación o exageración deliberada de síntomas sin alguna motivación subyacente.
Ajuste simulado	<i>Defensividad</i>	Negación deliberada o minimización de síntomas físicos o psicológicos.
	<i>Deseabilidad social</i>	Tendencia de la persona para presentarse de la manera más favorable en relación con las normas sociales.
	<i>Gestión de impresiones</i>	Esfuerzo deliberado para controlar las percepciones de otros individuos.
Otros estilos de respuesta	<i>Respuesta irrelevante</i>	Desinterés intencional en el proceso de evaluación. Se muestra un patrón de respuestas poco relacionadas con el contenido real.
	<i>Respuestas aleatorias</i>	Respuestas basadas completamente en el azar.

Fuente: (Rogers & Bender, 2018).

4.4 Modelos explicativos de la simulación.

En 1990 Rogers ya había realizado una investigación sobre por qué las personas están motivadas a simular síntomas, tanto físicos como psicológicos en diferentes contextos. Presentó así, tres modelos explicativos, que resultan ser la base de la motivación de los diferentes estilos de respuesta hasta el momento (Rogers y Bender, 2013):

- a) *Modelo patógeno*: En este modelo se asume que la simulación es un intento ineficaz de controlar los síntomas de una enfermedad crónica progresiva o de un trastorno mental. Estos síntomas se vuelven cada vez menos deliberados hasta que se convierten en síntomas involuntarios, dejando de ser intencionados.
- b) *Modelo criminológico*: Asume que la simulación de síntomas está relacionado con rasgos o trastornos de la personalidad antisocial. Esta idea caracterológica surge a partir de la descripción realizada en el DSM-IV-TR, donde se asume que las personas con rasgos antisociales generalmente mienten cuando es oportuno y para tratar de obtener ventajas injustificadas. Por lo tanto, la persona que simula (con trastorno de personalidad) se encuentra en un contexto médico-legal que propicia el engaño.
- c) *Modelo adaptativo*: Este modelo hace referencia a la simulación como una respuesta adaptativa, es decir, es un estilo de respuesta situacional que surge ante circunstancias adversas y que se expresa mediante síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados. La persona, al contrario de los modelos anteriores, deja de tener alguna enfermedad clínica progresiva (patógeno) o rasgos antisociales (criminológico), para encontrarse ante una evaluación de alternativas en términos de costo-beneficio, donde la simulación en ese momento resulta una opción viable.

Aunque aún no existe la suficiente investigación para determinar qué modelo explica mejor el fenómeno de la simulación dentro del contexto forense, ya en el pasado el mismo Rogers, y otros investigadores, (1998 citado en Rogers y Bender, 2013) realizaron un estudio evaluando tanto a hombres como a mujeres y determinó que el modelo patógeno no se adaptaba a todos los casos forenses. Además, los avances en el sistema de salud mental niegan la postura que

establece que una persona está *loca* por el simple hecho de querer aparentar una enfermedad mental (McCaffey y Weber, 1999).

Así mismo, se ha encontrado que el modelo criminológico no logra explicar por completo la causa de tal fenómeno. Pues los trastornos de personalidad o los rasgos antisociales, utilizados como criterio de sospecha, no han resultado tener la suficiente relevancia estadística, lo cual indica que no son predictores determinantes para identificar simulación de síntomas (Perilla, 2019). Del mismo modo Niesten et al. (2015) e Impelen et al. (2017) a través de sus estudios, determinaron que este modelo tiene una base empírica débil y genera dentro de la práctica, múltiples sesgos que pueden llevar a una clasificación errónea.

Como se puede ver, existen estudios que han intentado demostrar de alguna manera lo que establece la literatura respecto a los modelos explicativos de la simulación. Sin embargo, aunque estos no son determinantes, sí permiten mostrar cómo se comporta este constructo en la práctica forense.

De igual manera, las brechas conceptuales y teóricas alrededor del concepto dejan un camino amplio para la investigación y la elaboración de nuevos métodos y modelos diseñados para la detección de síntomas simulados. Así mismo, esta dificultad para establecer si la simulación se da a causa de un factor interno o externo, genera en los profesionales el compromiso por decidir utilizar técnicas más controladas y confiables para mantener una evaluación más cuidadosa.

4.5 Criterios para la sospecha de simulación.

Pese a la dificultad que implica comprender y delimitar el fenómeno de la simulación, se han identificado ciertos criterios que han guiado la práctica forense. El DSM-5 (APA, 2013) determinó cuatro criterios principales para establecer un posible caso de simulación:

- a) Contexto médico legal.
- b) Discrepancias entre los síntomas que refiere la persona y los datos y observaciones objetivas.
- c) Falta de cooperación durante el proceso diagnóstico.
- d) Presencia de un trastorno de personalidad antisocial.

Yudofsky (1989, citado en Díaz, 2014) añade algunos otros criterios que pueden indicar simulación, encontrando de mayor relevancia los siguientes:

- Datos de la historia clínica que no concuerdan con las quejas reportadas.
- Síntomas vagos o mal definidos.
- Dramatización de las quejas.
- Resistencia a aceptar un diagnóstico favorable.
- Presencia de heridas probablemente autoprovocadas.
- Análisis toxicológicos positivos.
- Manipulación del historial clínico u otros registros.
- Perspectivas de cobrar una indemnización o pensión.

Por otro lado, dentro de los aspectos neurológicos o cognitivos existen indicadores que podrían resultar significativos en la sospecha de simulación. Greve y Glynn (2005, citado en Díaz, 2014) establecen algunos a los que se debería prestar mayor atención, los cuales son:

- Rendimiento por debajo del azar en pruebas que evalúan funciones cognitivas o perceptivas.
- Exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan memoria o atención.
- Discrepancia entre los resultados de pruebas neuropsicológicas y el conocimiento científico existente sobre el funcionamiento normal del cerebro.
- Discrepancia entre los resultados de test que evalúan un mismo dominio neurocognitivo.

Algunos otros criterios que mencionan los autores a considerar en una evaluación son:

- Discrepancia en la conducta de la persona cuando es evaluado formalmente y cuando no sabe que esto está ocurriendo.
- La frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, sobrepasa el grado normal de la patología reportada.
- El evaluado *predice* su empeoramiento o su falta de mejoría.
- Algún profesional de la salud que esté implicado en el diagnóstico sospecha la posible simulación.
- Respuestas evasivas.
- Discurso muy elaborado y controlado.

Los criterios anteriores no son excluyentes y tampoco son prueba ferviente de simulación, por lo tanto, someterlos a valoración, contextualizarlos y analizarlos a profundidad es tarea del perito. Así mismo, como se puede observar, la persona que simula tiende a presentarse con un patrón exagerado de síntomas, con la intención de mostrar *la peor imagen de sí mismo*. Sin embargo, ésta llega a ser tan exagerada que resulta con un peor estado que las personas que tienen una patología real y que responden honestamente.

Cabe señalar que la simulación como tal no debe considerarse como una producción de síntomas, sino más bien, como la simple presentación de estos (Young, 2017, citado en Perilla, 2019). Además, la naturaleza de los síntomas fingidos van de acuerdo con el nivel de comprensión de la condición que la persona está tratando de simular y por tanto, estos no llegan a ser tan precisos (Pankratz y Binder, 1997, citado en Minoudis, 2007).

Aunque algunos psicólogos no consideran la simulación como una posibilidad dentro de algunos contextos, hay prueba de que tanto en contextos clínicos, y sobre todo en forenses, es un fenómeno que ocurre. La frecuencia claramente varía, pero siempre que las consecuencias de la evaluación sean relevantes e impliquen una decisión que cambie la vida de los involucrados, considerarla como una posibilidad real puede hacer la diferencia.

4.6 La detección de la simulación en el contexto forense.

Como se mencionó en el apartado anterior, muchos son los esfuerzos de los profesionales por intentar mantener el control y la veracidad de la información obtenida a través de una evaluación (Muñoz, 2013). Sin embargo, en el contexto forense existen muchos factores a

considerar, y a los que se tiene que poner especial atención para poder así, obtener los datos más reales y válidos posibles. La simulación sin duda es uno de ellos, y por tratarse de un constructo tan complejo y relevante en asuntos legales, el perito deberá poner todo su empeño en aplicar su conocimiento y habilidades para detectarlo y actuar sobre ello a tiempo. Desde las primeras sospechas, y utilizando los criterios mencionados en el apartado anterior, es necesario buscar una estrategia, instrumento o técnica que permita sustentar objetivamente la hipótesis de simulación.

De acuerdo con Kocsis (2011, citado en Perilla, 2019) un error común entre los psicólogos, sobre todo dentro del contexto forense, es creer que un único instrumento o técnica evaluará la simulación, como si este fuera un fenómeno aislado. Sin embargo, ningún instrumento hasta ahora creado puede determinar el objeto motivacional del evaluado para simular, ni tampoco determinar una ausencia o presencia del mismo, como si se tratara de algo dicotómico. Por lo tanto, lo único que pueden proporcionar estas pruebas son indicadores aislados de simulación. Corresponde por lo tanto al profesional, saber correlacionar los datos encontrados a través de distintas técnicas, con los síntomas o la información reportada por el evaluado, para poder finalmente establecer un posible diagnóstico.

Por otro lado, se ha encontrado que las patologías más comunes que las personas simulan están relacionadas con dolor crónico, trastornos de ansiedad, depresión y trastornos afectivos (Perilla, 2019). Pues éstos, están más relacionados con la exageración de síntomas y por otro lado, existe mayor difusión y acceso a la información relacionada con la experiencia de los mismos. Facilitando de alguna manera para la población en general, simular ciertos síntomas aislados cuando exista un motivo externo lo suficientemente significativo.

De ahí la importancia de llevar a cabo un adecuado proceso de evaluación donde, a través de diferentes fuentes de información se pueda hacer una convergencia de datos, repasando a profundidad las inconsistencias presentadas. Desde utilizar la observación, un registro conductual, una entrevista semiestructurada, hasta instrumentos psicométricos específicamente contruidos para detectar inconsistencias en las respuestas del evaluado. De esta manera, los resultados e información obtenida serán utilizados como criterios determinantes para establecer una conducta simuladora por parte del evaluado.

De acuerdo con Arce y Fariña (2007) hay por lo menos cuatro criterios indispensables que los instrumentos psicométricos deben de cumplir dentro de la práctica forense: se debe de obtener una medida directa o indirecta de lo que se está evaluando, deberá de permitir la replicabilidad de los resultados por parte de otro profesional, sin duda, contar con validez y finalmente que estos no estén dirigidos exclusivamente a una población psiquiátrica. Lo anterior, junto con una alta especificidad y sensibilidad del instrumento permitirá minimizar el riesgo de errores tipo 1 (falsos positivos) y tipo 2 (falsos negativos) (Katherine, 2015).

Entre los instrumentos más comúnmente utilizados dentro del contexto forense, se encuentran el MMPI-2RF (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Reestructurado) (Ben-Porath y Tellegen, 2008), que ha sido nombrado como el instrumento más preciso y completo a nivel mundial para la evaluación de psicopatología, personalidad y validez de síntomas (Arce, et al., 2009; Conroy y Kwartner, 2006; García, 2019; Perilla, 2019). Éste con

sus escalas de control de validez (L, F y K), posibilitan un análisis de contenido inter-medidas, que podrían indicar estrategias habituales de simulación (Monroy, 2011).

El PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad) (Monrey, 2011), además de contar con escalas de validez, cuenta con índices complementarios que resultan muy útiles, como es el caso del SIM (Índice de simulación) que ha demostrado discriminar posibles simuladores y el FDR (Función discriminante de Rogers) que logra distinguir entre pacientes clínicos genuinos y sujetos a los que se les ha instruido de alguna manera para simular (García, 2019).

Respecto al SIMS (Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas) (González y Santamaría, 2009) ha resultado ser un instrumento con la capacidad para discriminar entre grupos simuladores y honestos, y aunado a ello, se ha encontrado una correlación positiva con las escalas del MMPI-2-RF para síntomas infrecuentes o quejas somáticas, lo que refuerza su uso para la detección de la simulación en contextos forenses (Blasco y Pallardó, 2013). Finalmente instrumentos como TOMM (Test de Simulación de Problemas de Memoria), M-FAST (Miller Forensic Assesment of Symptoms) y SIRS (Entrevista Estructurada de Reporte de Síntomas) han resultado de uso común entre los profesionales de la psicología para detectar indicadores de simulación o exageración de síntomas (Capilla y González, 2009).

Recientemente se ha publicado un nuevo instrumento llamado Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) (Crespo, González, Gómez y Santamaría, 2020), que no sólo resulta útil para la detección de respuestas inconsistentes por sus escalas de validez, sino que también proporciona información relevante sobre sintomatología postraumática. Lo cual brinda una

valoración más amplia de las secuelas y el impacto del trauma en la vida de la persona. Este instrumento fue publicado en el 2020, por lo que termina siendo el último instrumento de evaluación psicológica específicamente pensado en la población de víctimas.

Es importante remarcar el hecho de que ninguna prueba o instrumento aislado es determinante, por lo cual, la utilización de más de un instrumento o técnica destinada a medir simulación o inconsistencias de respuesta en alguna de sus escalas, permitirá elaborar un diagnóstico mucho más sólido. No obstante, existe una gran limitación en el uso de los instrumentos antes mencionados, y es que la mayoría de ellos no se encuentran estandarizados para muchos países, incluyendo por supuesto a México. Esto es relevante, pues al encontrarnos con diferencias culturales y sociodemográficas, que influyen en la manera en cómo se entiende y responde a cada pregunta de la prueba, los resultados se ven gravemente afectados y podrían no ser del todo válidos.

Se puede concluir que, aunque el objetivo principal de una evaluación forense no sea naturalmente el de “encontrar” a un simulador, la sospecha de simulación por síntomas inconsistentes traería consigo la búsqueda de la veracidad. Para lo cual, optar por una evaluación integral, multi-método siempre será la mejor opción, pues sólo así se estaría evitando en gran medida una clasificación errónea. Además, de acuerdo con Conroy y Kwartner (2006) la enfermedad mental y la simulación no son fenómenos mutuamente excluyentes, por lo tanto aunque la persona esté tratando de exagerar ciertos síntomas por algún factor motivacional externo, contemplar la existencia del trastorno es crucial para futuras decisiones dentro y fuera del sistema de justicia.

A pesar de todos los esfuerzos hechos por el profesional, aún existen limitaciones dentro de la investigación forense respecto a este tema. Por lo tanto, es necesario recomendar la cautela y el cuidado que implica asegurar que una persona es simuladora, sobre todo si se trata de víctimas de delitos, pues es importante tener presente que a ellos de alguna manera ya se les ha violentado sus derechos.

4.7 Simulación del daño psicológico

De acuerdo con el artículo 20, apartado C de la Constitución Política Mexicana (2020) y el artículo 26 y 27 de la Ley General de Víctimas (2013), aquellos quienes han sido víctimas de algún delito, tienen derecho a la reparación integral por medio de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición. A lo que se refiere con la compensación del daño, este se otorga de forma proporcional a la gravedad del hecho cometido y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Esta posibilidad, puede traer a consecuencia la motivación de ciertas personas por utilizar este medio como una oportunidad para obtener algún beneficio secundario, que sobre todo sería económico.

Aunque no cabe duda que las personas resultaron víctimas del delito denunciado, la gravedad de los síntomas psicológicos como consecuencia del acto, pueden variar dependiendo de la persona, de la naturaleza del evento y de los resultados del mismo (Echeburúa et al., 2004). Estos pueden ser mínimos, o en cambio, puede haber un gran impacto emocional. Sin embargo, si estos en la realidad se encuentran en un grado leve o moderado, la persona podría estar

tratando de manipular su relato, exagerando sus síntomas de tal modo que le permitiría solicitar esta compensación.

Ante esta situación, muchos han sido los esfuerzos por determinar la incidencia de simulación a través de distintos estudios, sin embargo, es muy difícil mantener una cifra exacta pues la simulación, aunque es una posibilidad constante en este ámbito, cuando de víctimas se trata este fenómeno pasa a segundo plano o ni siquiera se considera dentro de la evaluación (Perilla, 2019). Además, recordemos que el objetivo de los simuladores es no ser detectados, así que ninguno admitiría que las sospechas de simulación son reales. Por otro lado, no existe unanimidad respecto a la forma de evaluar la simulación, pues cada profesional estaría utilizando sus propios criterios y métodos para reafirmar sus hipótesis (Blanco, 2016).

En algunos países se ha tratado de hacer un estimado, con ciertas limitaciones, dejando ver un poco cómo se comporta este fenómeno. En Estados Unidos por ejemplo, los trastornos asociados al dolor crónico, los trastornos de ansiedad y depresión suman el mayor porcentaje de incidencia de simulación con el 38.5% y 31.4% de los casos respectivamente (Capilla y González, 2009). En Alemania, una investigación realizada por Stevens, Friedel, Mehren y Merten (2008 citado en Blanco, 2016) arrojó que la prevalencia de simulación alcanzaba el 44% de los casos entre personas que solicitaron indemnización por lesiones. En Europa, un estudio realizado por Plohmann en 2013, las sospechas de simulación por discapacidad o compensación por lesión se encontraban entre el 23 y el 54% de los casos evaluados (Blanco, 2016). En España, Santamaría, Capilla y González (2013) realizaron una investigación diferente, cuyo objetivo era indagar sobre las patologías con mayor incidencia de simulación en un contexto médico-legal,

resultando ser las asociadas al dolor crónico, trastornos de ansiedad y trastornos afectivos los que cubren un mayor porcentaje de simulación, oscilando éstos entre el 45% al 60% de los casos.

Por otro lado, también se ha demostrado que el *entrenamiento* por parte de los asesores legales o abogados podría tener una gran influencia en las respuestas que las víctimas proporcionan, logrando de esta manera simular con éxito (Storn y Gralham, 2000 citado en Katherine, 2015). Este tipo de *asesoría* pretende obtener los resultados que beneficien totalmente a las víctimas, ya sea informando sobre síntomas típicos de un trastorno, sobre las características de una patología, o sobre la estructura de los instrumentos o pruebas psicológicas, específicamente respecto a los índices de validez (Powell et al., 2004 citado en Katherine, 2015).

Por esta razón, la evaluación de una persona que ha sido víctima de algún delito, cuyo objetivo es determinar si presenta secuelas psicológicas derivadas del mismo, para la obtención de la compensación del daño, requiere de un proceso rigurosamente cuidadoso. Como se ha mencionado en capítulos anteriores, el estrés postraumático es el trastorno mayormente asociado con experiencias traumáticas, altamente estresantes (Echeburúa, et al., 2004; Sosa y Capafóns, 2005), sin embargo, no en todos los casos ocurre lo mismo. Para poder determinar si la víctima presenta daño psicológico es necesario establecer un nexo causal, es decir, comprobar si el daño manifestado está directamente relacionado con los hechos que la persona denuncia. Y para ello, como se ha mencionado, es indispensable utilizar herramientas y técnicas confiables, que sean adecuadas y que brinden la información pertinente para poder realizar un correcto diagnóstico.

Es así que, la elevada frecuencia de simulación dentro del ámbito forense (Santamaría, et al., 2013), los elevados costos sociales e institucionales (Jáuregui, 2018) y el tiempo que implica la asistencia y atención a este tipo de población, motiva indiscutiblemente a que los psicólogos estén lo suficientemente capacitados en la evaluación forense. Pues estar conscientes de los factores y las condiciones que podrían contribuir a que una persona simule con éxito, hará la diferencia entre elegir una u otra prueba psicológica, en hacer las preguntas pertinentes y formuladas correctamente en la entrevista, considerar la revisión del expediente judicial como un paso importante en la evaluación, irse por una postura dimensional y no dicotómica para medir esta conducta y considerar la manipulación de las respuestas en todo momento, incluso en pruebas con un alto grado de validez y confiabilidad.

Considerando los diferentes temas tratados en los capítulos anteriores, el interés de esta tesis es abordar si la simulación de síntomas postraumática es detectable a través de ciertos inventarios, cuando se realizan evaluaciones psicológicas forenses para establecer la compensación por daño moral en personas víctimas directas o indirectas de distintos delitos. Para lo cual, se planteó la siguiente metodología de investigación.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

5.1 Planteamiento y Justificación del Problema

Sin duda un acontecimiento sufrido de manera inesperada y violenta, trae consigo consecuencias que pueden ir desde lo material hasta lo psicológico. Aunque aquellos que son despojados de sus bienes pueden sufrir un desequilibrio, sobre todo en la parte económica, la afectación psicológica resulta de mayor interés por las características y la forma en cómo afecta toda la estructura emocional, conductual y cognitiva de la persona.

En los últimos años, el interés por las víctimas ha ido creciendo significativamente, se han puesto en marcha diferentes programas y leyes por parte de las instituciones del Estado Mexicano así como de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para asistir y apoyar a la persona en todas las esferas en las que se ha visto afectada a raíz del evento delictivo. Respecto al área forense los dictámenes en psicología constituyen clave fundamental para determinar el tipo y grado del daño psicológico ocasionados a la víctima.

Establecer la relación causa y efecto entre el evento traumático y la afectación psicoemocional es imprescindible para determinar el daño psicológico, de acuerdo con los criterios médico-legales que establece la ley. Sin embargo, aunque en teoría se sugiere utilizar una serie de técnicas de alta calidad, que representen el objetivo de la evaluación y que permitan dar cuenta de la sintomatología real, asociada al trauma, en la práctica esto no siempre pasa.

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo tiene como finalidad proporcionar información útil respecto al impacto psicológico y emocional que un evento delictivo, significa

para la vida de una persona. Así como también, encontrar indicadores de simulación o de inconsistencia en las respuestas que dificulten el proceso de evaluación. Todo ello sustentado en una serie de instrumentos de alta confiabilidad y validez, que han sido estudiados en el contexto de la psicología jurídica por varios años. De tal forma que resulte en mejores prácticas de evaluación, y por consecuencia de intervención.

Así mismo, se espera que el presente estudio contribuya en ampliar la información respecto a la evaluación del daño psicológico, apoyándose de pruebas novedosas que podrían resultar completamente funcionales para la población mexicana. Y al mismo tiempo, evidenciar el gran fenómeno conductual que se presenta sobre todo y por su naturaleza, en el contexto legal, la simulación.

Con base en lo anterior, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- a) ¿Las víctimas de delitos violentos presentan sintomatología postraumática?
- b) ¿Cuál es la sintomatología postraumática presentada en una muestra de víctimas de delitos violentos, que son valoradas psicológicamente para la compensación económica por daño moral en la FGJ de la Ciudad de México?
- c) ¿Qué indicadores podrían estar reflejando simulación de las víctimas evaluadas?
- d) ¿Las pruebas psicológicas empleadas en la evaluación son una herramienta útil para detectar simulación?

5.2 Objetivo general

Identificar sintomatología postraumática e indicadores de simulación en víctimas de delitos violentos que son valoradas psicológicamente para la compensación económica por daño moral en la FGJCDMX.

5.3 Objetivos específicos

- Identificar los perfiles que muestran indicadores de síntomas postraumático en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2RF).
- Identificar los perfiles que muestran indicadores de síntomas postraumático en el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5).
- Identificar los perfiles que muestran indicadores de síntomas postraumático en el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT).
- Identificar los perfiles que muestran indicadores de simulación de acuerdo al Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS).
- Identificar los perfiles que muestran indicadores de respuestas infrecuentes de acuerdo con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2RF).
- Identificar los perfiles que muestran indicadores de respuestas infrecuentes de acuerdo con el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT).
- Comparar las diferencias entre los perfiles que muestren indicadores de síntomas postraumático y aquellos que indican simulación.

5.4 Hipótesis

Hi: Las víctimas de delitos violentos que solicitan compensación por daño moral, presentan sintomatología asociada al trauma.

Ho: Las víctimas de delitos violentos que solicitan compensación por daño moral, no presentan sintomatología asociada al trauma.

Ha: Las víctimas de delitos violentos que solicitan compensación por daño moral, presentan características de simulación relacionadas al trauma.

Ho: Las víctimas de delitos violentos que solicitan compensación por daño moral, no presentan características de simulación relacionadas al trauma.

5.5 Definición de variables

- **Trauma:** Un suceso traumático surge de forma inesperada e incontrolable, es de gran intensidad pues pone en peligro la integridad física y psicológica de una persona. Se produce un profundo sentimiento de indefensión y miedo, pues se percibe que la situación sobrepasa los recursos que uno tiene para afrontar y atender las demandas de tal evento (Echeburúa, 2004). El elemento principal que los caracteriza es el sentimiento de inseguridad que se genera y la pérdida de la integridad del propio yo (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Así mismo, el daño generado y el desarrollo de secuelas emocionales dependen mucho de la forma en cómo se presente el o los eventos traumáticos, así como las consecuencias generadas por el mismo.

- **Sintomatología postraumática:** Como consecuencia de haber vivido un evento altamente estresante, como lo es un delito, existen respuestas psicológicas que tienen un gran impacto en la víctima. Sin duda, el principal trastorno asociado a un trauma es el de Estrés Postraumático (Carballal, 2008), el cual dentro de sus criterios de evaluación, de acuerdo con el DSM-5, están los relacionados a la exposición, la reexperimentación, la evitación y la activación. Así mismo, se ha diferenciado entre lesiones psíquicas, referidas a un daño agudo (estado de ánimo deprimido o ansioso, confusión, dificultad para tomar decisiones, percepción de indefensión y de incontrolabilidad); y secuelas emocionales, cuyo daño es crónico pues existe una alteración en el funcionamiento psicológico habitual (aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos) (Echeburúa, 2004). Es importante señalar que la sintomatología postraumática se puede desarrollar también en las víctimas indirectas.

- **Simulación:** La simulación se define como la producción consciente y voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados, que son motivados por incentivos externos (Capilla y González, 2009). No está considerada como un trastorno mental, sin embargo, está incluida y descrita brevemente en el DSM-5 en el apartado de “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Son tres las principales características de la simulación: 1) intencionalidad del engaño, 2) imitación o reproducción de trastornos patológicos o de sus síntomas y 3) la obtención de algún beneficio inmediato para el simulador (Gisbert, 2004, citado en Díaz, 2014).

5.6 Diseño de Investigación

De acuerdo con los objetivos planteados y las hipótesis antes señaladas, el presente trabajo será elaborado bajo el planteamiento metodológico del enfoque cuantitativo. El enfoque cuantitativo:

Utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente. Confía en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamientos en una población (Hernández, Fernández y Baptista, 2003, p.12).

Así mismo, se utiliza un diseño no experimental transversal ya que no se están manipulando ninguna de las variables al contrario, se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, en un momento determinado (Sampieri, Fernández y Baptista, 1991).

Por otro lado, el alcance de la investigación es de tipo descriptivo pues la principal función de éste es profundizar, describir o medir con la intención de detallar el fenómeno a estudiar (Naghi, 2000, p. 91). En éste caso la sintomatología asociada al trauma derivada de un evento delictivo.

5.7 Muestra

El muestreo utilizado es de carácter no probabilístico o dirigido, debido a que se evaluaron únicamente a víctimas de cierto tipo de delitos, enviados por el Ministerio Público al Centro de Atención a Víctimas de la Fiscalía General de Justicia al que se tenía acceso. Además,

con base en los objetivos de la investigación se buscó sobre todo, la profundidad y calidad de la información.

La muestra estuvo conformada por 35 personas (19 mujeres y 16 hombres), en edades comprendidas entre los 18 y 59 años, consideradas víctimas directas o indirectas de delitos violentos, entre los cuales se encuentran: robo, lesiones dolosas, homicidio, abuso de autoridad, privación ilegal de la libertad y extorsión.

En este caso, las víctimas demandan compensación por daño moral, razón por la cual el Ministerio Público solicitó una evaluación psicológica para poder determinar el estado psicoemocional de la persona, derivado del evento delictivo.

Para tal evaluación se excluyeron a personas que presentaran enfermedades médicas que afectaran su estado cognitivo, como discapacidad intelectual, abuso y/o dependencia de sustancias; que llevaran algún tratamiento psiquiátrico por algún trastorno diagnosticado previamente, así como víctimas indígenas que no tuvieran como lengua materna el español.

5.8 Escenario

Las evaluaciones fueron realizadas en el área pericial de psicología, del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas de Delitos Violentos de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México.

5.9 Instrumentos

Conforme a los objetivos planteados, se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación psicológica:

1. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI-2-RF):*

Es una versión reducida del MMPI-2 el cual consta de 338 ítems, contiene 8 escalas de validez que abarcan la detección de patrones inconsistentes de respuesta, la exageración de síntomas y la minimización o disimulación de los mismos, y 42 escalas sustantivas que permiten una evaluación clínica de las variables relevantes de distintas áreas de la personalidad y psicopatológicas (escalas de segundo orden, escalas clínicas reestructuradas, escalas de problemas específicos, escalas de intereses y las cinco de personalidad psicopatológica) (Ben-Porath, y Tellegen, 2015).

Se utilizó la versión traducida al español, utilizando las normas de estandarización acordes con la población mexicana. El MMPI-2RF es una prueba de amplio espectro utilizada para evaluar diversos patrones de personalidad, se puede administrar de manera individual o grupal. Consta de un cuadernillo de afirmaciones junto con una hoja de respuestas y el tiempo aproximado de aplicación es de 35 a 50 minutos.

2. *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5):* Instrumento de evaluación de autoinforme compuesto por 58 ítems, dividido en tres secciones (evaluación de los acontecimientos traumáticos, la sintomatología y el funcionamiento del individuo). Estas escalas permiten evaluar de manera global sintomatología postraumática, así como otros síntomas asociados para poder establecer un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (Crespo, Gómez y Soberón, 2017). Los criterios para las puntuaciones

están basadas en el cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM-5 respecto al TEP. El tiempo estimado de la aplicación es de aproximadamente 30 minutos.

3. *Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS)*: Instrumento de evaluación de autoinforme compuesto por 75 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso. Se compone de cinco escalas (Psicosis, Deterioro neurológico, Trastornos amnésicos, Baja inteligencia y Trastornos afectivos), mediante las cuales se obtiene una puntuación total que permite establecer la sospecha de simulación. Identificando a su vez, qué sintomatología se presenta de forma atípica, o bien, de qué manera la persona intenta simular un trastorno en particular (Widows y Smith, 2005).
4. *Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)*: Es un instrumento que tiene como objetivo la valoración global de las secuelas y el impacto psicosocial de acontecimientos traumáticos. Está conformado por diferentes escalas, agrupadas en cinco categorías: Escalas de validez, Escalas de Estrés Postraumático, Escalas de Síntomas (área somática, internalizante, externalizante e interpersonal), Escalas de Alteraciones en las Creencias y Escalas de Deterioro en el funcionamiento. Lo componen 239 ítems, los cuales son contestados en una escala likert que va de Nunca o casi nunca a Siempre o casi siempre. El tiempo estimado de aplicación va de 40 a 50 minutos.

5.10 Procedimiento

El proyecto se realizó mediante el programa de Prácticas Profesionales de la Facultad de Psicología, con el ingreso al programa de “Personas Prestadoras de Servicio Social, Prácticas Profesionales y Modalidades Homologadas de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de

México”. Se solicitó la estancia en el área de peritaje psicológico del Centro de Apoyo Sociojurídico a Víctimas del Delito Violento durante un periodo de tres meses.

Para realizar las evaluaciones a cada uno de los usuarios se les entregó un consentimiento informado para la aceptación de tal proceso, se les realizó una entrevista semiestructurada y posteriormente se les administró el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Reestructurado (MMPI2-RF), la Evaluación Global de Estés Postraumático (EGEP-5), el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT). La aplicación completa tuvo una duración aproximada de dos horas y media, dejando un descanso de quince minutos después de la primera hora.

Para la calificación de las pruebas se utilizaron las normas correspondientes de cada uno de los instrumentos. Para el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Reestructurado (MMPI-2RF) se utilizó una calificación automatizada para sacar las puntuaciones naturales y posteriormente se utilizaron las gráficas de cada una de las escalas para obtener las puntuaciones T. De acuerdo con lo anterior, se pudo observar aquellas puntuaciones significativas y el perfil completo del usuario.

Respecto al Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) se utilizó la versión en línea para calificar el instrumento y obtener el perfil correspondiente, así mismo se lograron obtener las puntuaciones significativas que indicarían una posible conducta de simulación por parte del usuario.

Para la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) se utilizó la hoja de autoinforme con la cual además de obtener información cualitativa respecto al evento traumático, también se obtienen puntuaciones que, mediante la hoja de corrección, se genera un perfil que contiene los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el DSM-5.

Por último, el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) fue calificado por medio de la versión en línea, de tal manera que se obtuvo un perfil y las puntuaciones significativas respecto a la sintomatología relacionada con el trauma.

Al obtener cada uno de los perfiles de las pruebas, las interpretaciones se realizaron conforme los lineamientos de cada uno de los manuales. Después se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS, a la vez que se hizo el análisis cualitativo forense con aquellas puntuaciones significativas. A partir de esto se pudo comparar cada uno de los casos y correlacionar así, las escalas de validez junto con las escalas que indican sintomatología postraumática.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

De acuerdo con el objetivo planteado en este trabajo, el cual fue identificar sintomatología postraumática en víctimas de delitos violentos que son valoradas psicológicamente para la compensación económica por daño moral, se realizaron dos tipos de análisis: el cuantitativo y el cualitativo. El análisis cuantitativo estuvo conformado por estadísticos descriptivos como lo son la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central (media, mediana y moda). Además se utilizaron normas específicas para la calificación de cada prueba y se utilizaron los valores de cada una de las puntuaciones para determinar el grado de significancia.

En el análisis cualitativo se compararon éstos valores entre pruebas para poder identificar las características de cada perfil y analizar la presencia de sintomatología postraumática, así como los casos en los que se observó la variable de simulación. A continuación se describirán los datos cuantitativos.

6.1 Descripción de la muestra

Con la finalidad de describir las características específicas de la muestra, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para observar la distribución de la muestra para las siguientes variables:

a) Sexo

La muestra total estuvo conformada por 35 usuarios, de los cuales 19 fueron mujeres (54.2%) y 16 (45.7%) fueron hombres.

Tabla 6.1
Sexo de los participantes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	19	54.28
Hombre	16	45.71
Total	35	100

b) Edad

Como se muestra a continuación, el rango de edad de los usuarios evaluados fue de 18 a 59 años, donde la mayoría de ellos se encuentran en un rango de entre 43 y 47 años, con una media de 37.8 y una desviación estándar de 10.9.

Tabla 6.2
Edad de los participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 – 22	4	11.42
23 – 27	3	8.57
28 – 32	5	14.28
33 – 37	6	17.14
38 - 42	1	2.85
43 - 47	11	31.42
48 - 52	2	5.71
53 - 57	2	5.71
58 - 59	1	2.85
Total	35	100
	Media= 37.8 Mediana= 35 Moda= 45 Desviación estándar= 10.917183	

c) Escolaridad

A continuación se muestra el nivel de escolaridad con el que cuentan los usuarios evaluados. De modo tal que el 5.7% cuenta con el nivel de primaria, el 25.7% con el nivel de secundaria, el 40% con el nivel de bachillerato y el 28.5% con licenciatura. Ninguno reportó contar con un posgrado.

Tabla 6.3
Escolaridad de los participantes

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	5.71

Secundaria	9	25.71
Bachillerato	14	40
Licenciatura	10	28.57
Posgrado	0	0
Total	35	100

d) Tipo de delito

En la siguiente tabla se pueden observar los diferentes tipos de delitos denunciados por parte de los usuarios. Cabe señalar que de acuerdo con la muestra, los delitos únicamente corresponden a los de tipo violento. Por lo cual y como se puede observar, el delito de mayor frecuencia dentro de la muestra fue el de Homicidio (víctima indirecta), con una frecuencia de 18 (51.4%), seguido del delito de lesiones con una frecuencia de 10 (28.5%), abuso de autoridad con una frecuencia de 4 (11.42%), privación ilegal de la libertad con una frecuencia de 2 (5.7%) y Extorsión con un solo caso (2.8%).

Tabla 6.4
Tipo de delito

Delitos denunciados	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones	10	28.57
Homicidios	18	51.42
Abuso de autoridad	4	11.42
Privación ilegal de la libertad	2	5.71
Extorsión	1	2.85
Total	35	100

De acuerdo con lo anterior, se puede apreciar el tipo de víctima que resulta de cada delito, es importante hacer esta diferenciación porque la forma en cómo se vive y experimenta cada evento dependerá de si éste fue vivido de forma directa o indirecta.

e) Tipo de Víctima

A continuación se presenta la clasificación de los usuarios evaluados por tipo de víctima, de acuerdo con el hecho delictivo experimentado. Se puede apreciar que sólo por un usuario es mayor el porcentaje de víctimas indirectas (51.4%).

Tabla 6.5
Tipo de Víctima

Tipo de Víctima	Frecuencia	Porcentaje
Víctima Directa	17	48.57
Víctima Indirecta	18	51.42
Total	35	100

f) Evento traumático referido

La tipificación del delito que realiza el Ministerio Público respecto a los hechos denunciados es importante, pues de acuerdo con ello se realizará el procedimiento correspondiente. De la misma forma, se solicitará en la institución adecuada la evaluación psicológica que permitirá aportar pruebas a la carpeta de investigación.

Para fines del presente trabajo se consideró de mayor relevancia la descripción del evento traumático que la persona vivió tras el hecho delictivo, y que así mismo refiere como el más significativo al momento de la evaluación por las características y las consecuencias que ha traído a su vida (Tabla 6.6).

Tabla 6.6
Evento traumático referido por la víctima

Evento traumático reportado	Frecuencia	Porcentaje
Fallecimiento de algún familiar	17	48.57
Violencia física	10	28.57
Amenazas	3	8.57
Lesiones	1	2.85
Robo	2	5.71
Accidente vehicular	1	2.85
Privación de la libertad	1	2.85
Total	35	100

Si se compara esta tabla con la de tipos de delitos (tabla 6.4), se puede ver que en el delito de privación ilegal de la libertad la frecuencia en la tabla 6.6 cambia a uno, puesto que la persona lo refiere como un evento en el que lo más significativo fue la violencia física.

6.2 Escalas significativas de cada instrumento psicológico aplicado.

De acuerdo con los objetivos planteados en la metodología, se revisaron en cada una de las pruebas aplicadas, escala por escala para así identificar aquellas que resultaran significativas. Éstas se ubicaron en una tabla comparativa para observar más fácilmente la sintomatología postraumática que se reporta en cada instrumento, de igual manera se incluyen las escalas de validez o de inconsistencia en las respuestas que pudieran estar indicando exageración de síntomas.

Para el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) se tomaron en cuenta las normas de corrección del manual para poder así, obtener la información correspondiente de cada uno de los criterios de la prueba y si es que éstos se cumplen o no para cada caso. Si los criterios se cumplen, se puede observar las puntuaciones percentiles entre paréntesis, las cuales sirven de apoyo para determinar el grado de afectación. Así mismo, es importante resaltar que para poder considerar que la persona presenta Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es necesario que se cumplan todos los criterios diagnósticos. Al estar la prueba basada completamente en el DSM-5, se ha señalado en una columna diferente aquellos criterios que de acuerdo al manual la persona presenta, ya sea que su diagnóstico haya sido confirmatorio para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o no.

En el caso del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) se consideraron de cada escala las puntuaciones significativas, aquellas en las que T fuera igual o mayor a 65, pues de acuerdo a las normas de interpretación del manual, éstas podrían considerarse como potencialmente clínicas. Aquellas que ya están por arriba de 70 son consideradas de gran relevancia clínica.

Respecto al Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Reestructurado (MMPI-2RF) se tomaron en cuenta como significativas aquellas escalas cuya puntuación fuera de T igual o mayor a 65. Lo anterior aplica para todas las Escalas Sustantivas (Escalas de Orden Superior, Escalas Clínicas Reestructuradas y Escalas de Problemas Específicos), para las Escalas de Intereses Específicos y las cinco Escalas de Psicopatología de la Personalidad. Para las Escalas de Validez, los valores de las puntuaciones varían respecto a su significancia: INVAR-r, INVER-r y Fpsi-r T igual o mayor a 70; F-r T igual o mayor a 79; Fs, FVS-r y SI T igual o mayor a 80; L-r y K-r T igual o mayor a 60. En general, entre mayor sea la puntuación en una escala, mayor será la posibilidad de que las afirmaciones asociadas con ella estén presentes y por consecuencia de mayor severidad será el problema reflejado, así como de mayor importancia clínica.

Para el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) se utilizaron los criterios descritos en el manual respecto a las normas de interpretación, las cuales establecen que para considerar que existe una sospecha de simulación, el punto de corte a considerar en la puntuación total directa será igual o mayor a 16. Al ser la puntuación total una estimación general de la probabilidad de que un individuo esté fingiendo síntomas psicopatológicos o alteraciones neurocognitivas, si ésta no supera el punto de corte antes mencionado, no es necesario tomar en

cuenta las demás escalas para la interpretación del perfil, aún cuando alguna de ellas sí haya superado el punto de corte. Por el contrario, si la puntuación total supera los 16 puntos es indispensable que se realice una evaluación más profunda y precisa, pues estas personas estarían considerándose como probables simuladores.

A continuación se presentan para cada uno de los casos, los indicadores de sintomatología postraumática, que de acuerdo con las escalas del instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) y del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) resultaron significativas. De la misma manera, se pueden apreciar los indicadores que, respecto al DSM-5, podrían estar indicando un Trastorno de Estrés Postraumático. También se muestran puntuaciones significativas de las escalas de validez del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) y del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Reestructurado (MMPI-2RF) (resaltadas en negrita), junto con las escalas del Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) que podrían estar indicando exageración de síntomas. Finalmente, en las últimas dos columnas se puede observar la valoración a la que concluyó el perito tras la evaluación psicológica forense realizada, así como el tipo de delito y el tipo de víctima que corresponde a cada evento delictivo. En algunos casos, se ha hecho la anotación que a pesar del dictamen final emitido, el perito ha notado la presencia de exageración de síntomas respecto a algunas escalas de validez, lo cual es importante resaltar para un futuro análisis.

Tabla 6.7.

Comparación de los casos, con escalas significativas del EGEP-5, CIT, MMPI-2RF y SIMS.

CASO	ESCALAS EGEP-5	ESCALAS CIT	CRITERIOS DSM-5	ESCALAS MMPI-2RF	ESCALAS SIMS	DICTAMEN	DELITO
CASO 1	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-10) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-20) -Funcionamiento (Pc-45) TOTAL (Pc-15) TEPT SÍ	Int (T-68) Evi (T-76) Cvi (T-68) Sue (T-67) Ans (T-65) Pan (T-65) Dsc (T-68)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.	INVAR-r (T-70) CR4 (T-74) QNEU (T-78) ANS (T-67) PCIJ (T-73) ESO (T-66) TIM (T-77) IFM (T-71)	PT 17 Dn 5	AFECTACIÓN	Lesiones — Victima directa
CASO 2	-Síntomas intrusivos (Pc-10) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-35) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-25) -Funcionamiento (Pc-95) TOTAL (Pc-15) TEPT NO	Inc (T-66) Cvi (T-68) Det (T-75)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.	L-r (T-69) QNEU (T-66) P/E (T-67) ESO (T-66) DES (T-66) INTR-r (T-71)	—	AFECTACIÓN	Lesiones — Victima directa
CASO	-Síntomas intrusivos (Pc-25) -Evitación (Pc-60)	Evi (T-80) Cog (T-68)	A. Exposición a un acontecimiento	AE/PI (T-67) CRD (T-67)		AFECTACIÓN	Lesiones y robo

3	-Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-45) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-25) -Funcionamiento (Pc-20) TOTAL (Pc-35) -Desrealización TEPT SÍ	Dis (T-89) Dps (T-83) Dso (T-84) Cvi (T-74) Som (T-69) Ans (T-69) Pan (T-73) Dep (T-72) Des (T-70) Dsc (T-83) Mun (T-65) Dem (T-67)	traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.	CR1 (T-67) MAL (T-75) QDC (T-66) Im/D (T-72) DSM (T-66) DES (T-66) IEL (T-77)	<hr/>		<hr/> Victima directa
CASO 4	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-60) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-10) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-35) -Funcionamiento (Pc-15) TOTAL (Pc-20) TEPT SÍ	Int (T-68) Evi (T-71) Ans (T-66)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.	<hr/>	<hr/>	AFECTACIÓN	Lesiones <hr/> Victima directa
CASO 5	-Síntomas intrusivos (Pc-60) -Evitación (Pc-25) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-55) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-50) -Funcionamiento (Pc-45)	Int (T-80) Act (T-71) Dis (T-66) Dso (T-72) Cvi (T-65) Sue (T-71) Ans (T-68)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones	FS (T-69) FVS-r (T-67) CR3 (T-71) CR6 (T-73) MAL (T-68) QNEU (T-66) P/E (T-67)	PT 17 Dn 4 Bi 5	SIN AFECTACIÓN	Lesiones <hr/> Victima directa

	TOTAL (Pc-55) -Desrealización TEPT SÍ	Det (T-90)	cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Desrealización.	ANS (T-79) LCM (T-66)			
CASO 6	-Síntomas intrusivos (Pc-55) -Evitación (Pc-80) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-25) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-35) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-40) -Despersonalización TEPT SÍ	Int (T-68) Evi (T-71) Som (T-65) Ans (T-65) Pan (T-69) Det (T-76)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.	INVAR-r (T-65) CR1 (T-73) MAL (T-68) QNEU (T-73)	_____	AFECTACIÓN SOSPECHA DE SIMULACIÓN	Lesiones _____ Victima directa
CASO 7	-Síntomas intrusivos (Pc-15) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-15) TOTAL (Pc-5) TEPT NO	_____	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo.	QNEU (T-72) ISU (T-69) DES (T-86)	_____	SIN AFECTACIÓN	Lesiones _____ Victima directa
CASO 8	-Síntomas intrusivos (Pc-55) -Evitación (Pc-60) -Alteraciones cognitivas y del	Inc (T-73) Int (T-73) Evi (T-79)	A. Exposición a un acontecimiento traumático.	INVAR-r (T-79) F-r (T-80) Fs (T-76)	PT 21 Am 4 Af 10	AFECTACIÓN	Lesiones

	<p>estado de ánimo (Pc-90) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-80) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-80) -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Cog (T-72) Dis (T-71) Dps (T-71) Dso (T-66) Cvi (T-77) Ans (T-68) Rum (T-75) Msx (T-69) Sui (T-65) Dsc (T-79) Mun (T-66) Det (66)</p>	<p>B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.</p>	<p>SI (T-81) AP (T-78) CRD (T-70) CR2 (T-68) CR3 (T-65) CR4 (T-78) CR6 (T-77) CR8 (T-75) MAL (T-65) QCO (T-76) DSM (T-66) INE (T-65) P/E (T-77) ANS (T-67) ABS (T-71) AG (T-67) ESO (T-66) PSYC-r (T-76) NEGE-r (T-73)</p>			<p>Victima directa</p>
<p>CASO 9</p>	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-98) -Evitación (Pc-80) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-97) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-70) -Funcionamiento (Pc-20) TOTA (Pc-90) -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Inc (T-66) Evi (T-69)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.</p>	<p>INVER-r (T-67) FVS-r (T-84) CR1 (T-73) CR6 (T-73) QDC (T-66) QNEU (T-66)</p>		<p>AFECTACIÓN</p> <p>SOSPECHA DE SIMULACIÓN</p>	<p>Lesiones</p> <p>Victima directa</p>

CASO 10	-Síntomas intrusivos (Pc-10) -Evitación (Pc-25) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-10) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-15) -Funcionamiento (Pc-20) TOTAL (Pc-5) Despersonalización TEPT SÍ	Sus (T-66)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Despersonalización.	F-r (T-70) CR6 (T-73) CR7 (T-65) ISU (T-69) TEN (T-79) EUF (T-73)	_____	AFECTACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta
CASO 11	-Síntomas intrusivos (Pc-15) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-45) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-30) -Funcionamiento (Pc-20) TOTAL (Pc-30) -Desrealización TEPT SÍ	Cog (T-75) Dps (T-65) Som (T-65) Pan (T-69) Dep (T-70) Dsc (T-71) Cul (T-71) Dem (T-67) Sab (T-78) Det (T-65)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Desrealización.	Fs (T-69) FVS-r (T-81) SI (T-77) CR1 (T-67) CR2 (T-72) MAL(T-68) QDC (T-66) QNEU (T-66) QCO (T-65) ISU (T-69) ANS (T-67) ESO (T-77) INTR-r (T-87)	_____	AFECTACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta
CASO	-Síntomas intrusivos Pc 55 -Alteraciones cognitivas y del	Int (T-77) Cog (T-73)	A. Exposición a un acontecimiento	F-r (T-73) Fs (T-83)	PT 20 Dn 5	AFECTACIÓN	Homicidio

12	<p>estado de ánimo Pc 70 -Alteraciones en la activación y reactividad Pc 30 -Funcionamiento Pc 15 TOTAL Pc 45 -Despersonalización -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Act (T-71) Dis (T-77) Dps (T-87) Cvi (T-72) Som (T-74) Ans (T-75) Rum (T-67) Pan (T-71) Dep (T-82) Des (T-78) Ali (T-73) Sui (T-77) Dsc (T-74) Sab (T-71) Det (T-71)</p>	<p>traumático. B. Síntomas intrusivos. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.</p>	<p>FVS-r (T-84) SI (T-73) AE/PI (T-75) CRD (T-76) MAL (T-89) QGI (T-67) QDC (T-73) QCO (T-71) ISU (T-84) Im/D (T-72) INE (T-71) P/E (T-67) ANS (T-67) NEGE-r (T-72)</p>	Am 4		<p>————— Victima indirecta</p>
CASO 13	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-35) -Evitación (Pc-60) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-30) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-45) -Funcionamiento (Pc-15) TOTAL (Pc-35) -Despersonalización -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Inc (T-81) Int (T-73) Cog (T-86) Act (T-68) Dis (T-86) Dps (T-80) Dso (T-84) Som (T-83) Sue (T-74) Rum (T-67)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.</p>	<p>INVAR-r (T-79) F-r (T-70) Fs (T-83) FVS-r (T-74) SI (T-93) AE/PI (T-75) CRD (T-76) CR1 (T-83) CR2 (T-68) CR3 (T-65) CR7 (T-65) QGI (T-67) QDC (T-73) QCO (T-65) ISU (T-84) Im/D (T-72) DSM (T-76) INE (T-71) ANS (T-67) TEN (T-71) ESO (T-66) PSYC-r (T-66)</p>	PT 31 Dn 8 Bi 6 Af 12	AFECTACIÓN	<p>Homicidio</p> <p>————— Victima indirecta</p>

				INTR-r (T-71)			
CASO 14	-Síntomas intrusivos (Pc-90) -Evitación (Pc-80) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-95) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-65) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-90) Despersonalización -Desrealización TEPT SÍ	Int (T-86) Evi (T-80) Cog (T-98) Act (T-80) Dis (T-77) Dps (T-87) Cvi (T-83) Som (T-86) Sue (T-74) Ans (T-76) Rum (T-69) Pan (T-81) Dep (95) Des (T-65) Ali (T-80) Ira (T-78) Dsc (T-100) Aut (T-73) Cul (T-85) Mun (T-69) Dem (T-69) Sab (T-71) Det (T-85)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.	F-r (T-70) Fs (T-83) FVS-r (T-101) SI (T-85) AE/PI (T-67) CRD (T-79) CR1 (T-75) CR2 (T-68) CR7 (T-73) MAL (T-68) QGI (T-76) QDC (T-73) QNEU (T-66) QCO (T-76) ISU (T-69) DSM (T-66) ANS (T-91) EUF (T-65) ESO (T-72) DES (T-86) INTR-r (T-75)	PT 20 Dn 6 Af 10	AFECTACIÓN	Homicidio — Víctima indirecta
CASO 15	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-70) -Alteraciones la activación y reactividad (Pc-15) -Funcionamiento (Pc-15) TOTAL (Pc-40) -Desrealización TEPT SÍ	Inc (T-77) Int (T-75) Evi (T-71) Cog (T-79) Dps (T-69) Cvi (T-70) Som (T-70) Rum (T-72) Pan (T-65) Dep (T-83) Msx (T-100) Sui (T-65)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad.	FVS-r (T-70) CRD (T-65) ISU (T-70) DSM (T-66) DES (T-67) IEL (T-70)	PT 20 Dn 5 Af 10	AFECTACIÓN	Homicidio — Víctima indirecta

		Dsc (T-82) Cul (T-80) Sab (T-100) Det (T-66)	G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Desrealización.				
CASO 16	-Síntomas intrusivos (Pc-96) -Evitación (Pc-60) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-85) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-65) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-85) -Despersonalización -Desrealización TEPT Sí	Inc (T-66) Int (T-77) Cog (T-84) Act (T-71) Dis (T-77) Dps (T-74) Dso (T-75) Cvi (T-79) Som (T-70) Ans (T-77) Rum (T-69) Pan (T-88) Dep (T-89) Sui (T-65) Dsc (T-87) Sab (T-84) Det (T-86)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.	INVER-r (T-77) Fs (T-83) FVS-r (T-70) SI (T-77) AE/PI (T-65) CRD (T-70) ISU (T-69) Im/D (T-84) DSM (T-66) ANS (T-79) ESO (T-72) INTR-r (T-79)	PT 22 Dn 6 Am 4 Af 8	AFECTACIÓN	Homicidio —— Victima indirecta
CASO 17	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-60) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-70) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-65) -Funcionamiento (Pc-70) TOTAL (Pc-60) TEP Sí	Inc (T-66) Int (T-72) Evi (T-74) Cog (T-86) Act (T-75) Cvi (T-70) Sue (T-85) Ans (T-75) Dep (T-78) Dsc (T-90) Mun (T-81) Sab (T-71) Det (T-85)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el	F-r (T-67) Fs (T-76) FVS-r (T-81) SI (T-73) AE/PI (T-88) CRD (T-88) CR2 (T-85) CR6 (T-68) CR7 (T-82) MAL (T-75) Im/D (T-95) DSM (T-76) INE (T-77)	—————	AFECTACIÓN	Lesiones —— Victima directa

			funcionamiento.	ANS (T-79) LCM (T-66) ESO (T-77) TIM (T-77) DES (T-85) INTR-r (T-79)			
CASO 18	-Síntomas intrusivos (Pc-25) -Evitación (Pc-80) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-25) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-20) -Funcionamiento (Pc-20) TOTAL (Pc-20) -Desrealización TEPT SÍ	Int (T-66)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. -Con síntomas disociativos: Desrealización.	INVER-r (T-67) Fs (T-69) FVS-r (T-77) CR1 (T-67) ISU (T-69)	_____	AFECTACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta
CASO 19	-Síntomas intrusivos (Pc-45) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-10) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-15) TOTAL (Pc-15) TEPT NO	Inc (T-70) Int (T-73) Cog (T-70) Dis (T-71) Dso (T-75) Dep (T-72) Dsc (T-74) Aut (T-70) Cul (T-67) Sab (T-78) Det (T-71)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad.	INVER-r (T-71) F-r (T-87) Fpsi-r (T-72) Fs (T-98) FVS-r (T-77) SI (T-81) AE/PI (T-81) AP (T-71) CRD (T-88) CR1 (T-86) CR3 (T-65) CR4 (T-74) CR6 (T-68)	PT 28 Dn 10 Bi 4 Af 9	AFECTACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta

				CR7 (T-82) CR8 (T-79) MAL (T-68) QGI (T-76) QNEU (T-85) QCO (T-82) ISU (T-69) Im/D (T-84) DSM (T-87) INE (82) P/E (T-77) ANS (T-79) ABS (T-83) AG (T-67) EUF (T-73) TIM (T-77) DES (T-66) PSYC-r (T-76)			
CASO 20	-Síntomas intrusivos (Pc-5) -TOTAL (Pc-2) TEP NO	_____	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos	_____	_____	SIN AFECTACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta
CASO 21	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-45) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-45) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-45) Despersonalización -Desrealización TEPT SÍ	Ira (T-65)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el	INVAR-r (T-70) INVER-r (T-67) FVS-r (T-70) SI (T-65) AE/PI (T-65) CRD (T-67) CR2 (T-68) QGI (T-67) ANS (T-67) TEN (T-71) AG (T-79) PIP (T-70) DES (T-66)	PT 18 Bi 7	SIN AFECTACIÓN SOSPECHA DE SIMULACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta

			funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.				
CASO 22	-Síntomas intrusivos (Pc-60) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-55) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-60) -Funcionamiento (Pc-70) TOTAL (Pc-55) Despersonalización -Desrealización TEPT Sí	Inc (T-70) Int (T-80) Cog (T-84) Act (T-80) Dis (T-97) Dps (T-83) Dso (T-100) Cvi (T-81) Som (T-65) Ans (68) Rum (T-78) Pan (T-88) Dep (T-78) Des (T-75) Sui (T-100) Les (T-100) Sus (T-95) Rie (T-100) Ira (T-83) Dsc (T-72) Cul (T-86) Mun (T-62) Dem (T-71) Sab (T-84) Det (T-69)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.	F-r (T-87) Fs (T-98) SI (T-65) AP (T-75) AC/PE (T-96) CRD (T-72) CR1 (T-78) CR4 (T-82) CR6 (T-68) CR7 (T-82) CR8 (T-91) CR9 (T-77) QDC (T-73) QNEU (T-85) QCO (T-65) ISU (T-84) Im/D (T-72) INE (T-77) ANS (T-100) TEN (T-71) PCIJ (T-81) ABS (T-83) AG (T-86) EUF (T-80) AGGR-r (T-76) PSYC-r (T-76) DISC-r (T-87) NEGE-r (T-76)	PT 22 Ps 7 Dn 4	AFECTACIÓN SOSPECHA DE SIMULACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta
CASO 23	-Síntomas intrusivos (Pc-50) -Evitación (Pc-90) -Alteraciones cognitivas y del	Int (T-76) Act (T-69) Cvi (T-70)	A. Exposición a un acontecimiento traumático.	F-r (T-67) Fs (T-69) FVS-r (T-74)	PT 16 Bi 7	AFECTACIÓN	Homicidio _____

	<p>estado de ánimo (Pc-60) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-60) -Funcionamiento (Pc-70) TOTAL (Pc-60)</p> <p>-Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Sue (T-69) Dep (T-65) Des (T-70) Ira (T-65) Dsc (T-77) Dem (T-69) Det (T-85)</p>	<p>B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.</p>	<p>AE/PI (T-75) CRD (T-72) CR1 (T-70) CR2 (T-68) CR4 (T-65) CR7 (T-76) MAL (T-75) QDC (T-66) ISU (T-84) INE (T-71) P/E (T-67) ANS (T-79) TEN (T-71) ESO (T-77) TIM (T-69) NEGE-r (T-72) INTR-r (T-71)</p>			<p>Victima indirecta</p>
<p>CASO 24</p>	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-60) -Evitación (Pc-25) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-45) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-30) -Funcionamiento (Pc-45) TOTAL (Pc-40)</p> <p>-Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Inc (T-77) Int (T-80) Cog (T-75) Act (T-68) Dps (T-67) Cvi (T-65) Dep (T-70) Les (T-92) Sus (T-87) Ira (T-69) Dsc (T-74) Det (T-85)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.</p>	<p>INVAR-r (T-70) F-r (T-70) Fs (T-112) SI (T-69) AE/PI (T-79) AP (T-71) AC/PE (T-70) CRD (T-81) CR2 (T-72) CR3 (T-83) CR4 (T-86) CR6 (T-68) CR7 (T-76) CR8 (T-75) MAL (T-68) QCO (T-76) ISU (T-69) Im/D (T-73) DSM (T-66) INE (T-82)</p>	<p>PT 21 Ps 4 Dn 4 Af 10</p>	<p>AFECTACIÓN</p>	<p>Homicidio — Victima indirecta</p>

				P/E (T-67) ANS (T-67) TEN (T-71) PCIJ (T-73) ABS (T-71) AG (T-79) PFA (T-71) ESO (T-77) TIM (T-69) DES (T-77) PSYC-r (T-69) NEGE-r (T-67) INTR-r (T-79)			
CASO 25	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-25) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-70) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-50) -Funcionamiento (Pc-45) TOTAL (Pc-50) Despersonalización -Desrealización TEPT SÍ	Inc (T-73) Int (T-72) Cog (T-68) Act (T-71) Dis (T-68) Dps (T-74) Cvi (T-77) Som (T-79) Sue (T-71) Ans (T-73) Rum (T-72) Pan (T-88) Dep (T-78) Sui (T-96) Les (T-86) Sus (T-83) Ira (T-70) Dpn (T-67) Dsc (T-72) Det (T-71)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.	Fs (T-69) FVS-r (T-81) SI (T-77) CRD (T-70) CR1 (T-67) CR7 (T-65) CR8 (T-67) MAL (T-82) QGI (T-67) QDC (T-73) QCO (T-71) ISU (T-100) INE (T-71) EUF (T-65) NEGE-r (T-67)	PT 19 Dn 5 Af 8	AFECTACIÓN	Homicidio — Victima indirecta
CASO 26	-Síntomas intrusivos (Pc-98) -Evitación (Pc-90) -Alteraciones cognitivas y del	Int (T-95) Evi (T-76) Cog (T-100)	A. Exposición a un acontecimiento traumático.	F-r (T-90) Fs (T-98) FVS-r (T-118)	PT 23 Dn 9 Af 9	AFECTACIÓN	Homicidio

	<p>estado de ánimo (Pc-99) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-99) -Funcionamiento (Pc-70) TOTAL (Pc-99)</p> <p>Despersonalización -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Act (T-100) Dis (T-100) Dps (T-100) Dso (T-100) Cvi (T-86) Som (T-97) Sue (T-92) Ans (T-90) Rum (T-80) Pan (T-100) Dep (T-100) Des (T-91) Msx (T-99) Ali (T-70) Sui (T-100) Les (T-100) Rie (T-100) Ira (T-78) Dpn (T-70) Dsc (T-100) Aut (T-98) Cul (T-100) Mun (T-89) Dem (T-78) Sab (T-100) Det (T-99)</p>	<p>B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.</p>	<p>SI (T-101) AE/PI (T-91) AP (T-67) CRD (T-83) CR1 (T->100) CR2 (T-92) CR7 (T-85) MAL (T-82) QGI (T-85) QDC (T-73) QNEU (T-100) QCO (T-76) ISU (T->100) Im/D (T-95) DSM (T-76) INE (T-82) P/E (T-87) ANS (T-100) PIP (T-70) ESO (T-77) TIM (T-69) DES (T-85) NEGE-r (T-89) INTR-r (T-87)</p>			<p>Victima indirecta</p>
<p>CASO 27</p>	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-45) -Evitación (Pc-45) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-45) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-35) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-40)</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Inc (T-70) Int (T-72) Cog (T-66) Act (T-73) Dis (T-83) Dps (T-80) Dso (T-78) Cvi (T-77) Som (T-67) Sue (T-74) Ans (T-62)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y</p>	<p>ANS (T-67) PCIJ (T-66) ESO (T-77) INTR-r (T-71)</p>		<p>AFECTACIÓN</p>	<p>Abuso de autoridad</p> <p>Victima directa</p>

		Rum (T-67) Pan (T-81) Dep (T-65) Dsc (T-72) Det (T-83)	reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.				
CASO 28	-Síntomas intrusivos (Pc-95) -Evitación (Pc-60) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-85) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-90) -Funcionamiento (Pc-35) TOTAL (Pc-90) -Desrealización TEPT SÍ	Int (T-91) Evi (T-76) Cog (T-100) Act (T-87) Dis (T-100) Dps (T-100) Dso (T-100) Cvi (T-86) Som (T-81) Sue (T-78) Ans (T-90) Rum (T-80) Pan (T-85) Dep (T-100) Des (T-92) Ali (T-73) Dpn (T-70) Dsc (T-90) Aut (T-93) Cul (T-94) Mun (T-82) Dem (T-74) Sab (T-98) Det (T-90)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.	INVER-r (T-77) F-r (T-80) Fs (T-105) FVS-r (T-94) SI (T-97) AE/PI (T-79) CRD (T-90) CR1 (T-81) CR3 (T-77) CR7 (T-85) CR8 (T-71) CR9 (T-69) QGI (T-67) QDC (T-73) QNEU (T-66) QCO (T-76) DSM (T-87) INE (T-82) P/E (T-67) ANS (T-100) LCM (T-66) MEM (T-70) EUF (T-73) TIM (T-69) DES (T-66) PSYC-r (T-66) NEGE-r (T-76)	PT 21 Dn 8 Af 10	SIN AFECTACIÓN SOSPECHA DE SIMULACIÓN	Abuso de autoridad Victima directa
CASO 29	-Síntomas intrusivos (Pc-90) -Evitación (Pc-90) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-90)	Inc (T-84) Int (T-95) Cog (T-100) Act (T-89)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas	INVAR-r (T-75) INVER-r (T-77) F-r (T-77) Fpsi-r (T-65)	PT 26 Ps 3 Dn 7 Bi 4	SIN AFECTACIÓN	Abuso de autoridad

	-Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-90) -Funcionamiento (Pc-20) TOTAL (Pc-97) Despersonalización -Desrealización TEPT SÍ	Dis (T-100) Dps (T-94) Dso (T-100) Cvi (T-68) Som (T-97) Sue (T-71) Ans (T-84) Rum (T-72) Pan (T-100) Dep (T-99) Des (T-91) Msx (T-73) Ali (T-66) Les (T-86) Rie (T-82) Sex (T-79) Dsc (T-83) Aut (T-81) Cul (T-85) Mun (T-78) Dem (T-67) Sab (T-90) Det (T-95)	intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.	Fs (T-83) FVS-r (T-84) SI (T-85) AE/PI (T-67) AP (T-82) CRD (T-72) CR1 (T-86) CR6 (T-73) CR7 (T-70) CR8 (T-71) MAL (T-75) QDC (T-73) QNEU (T-90) DSM (T-76) INE (T-77) P/E (T-77) ANS (T-79) LCM (T-73) EUF (T-65) ESO (T-66) DES (T-95) PSYC-r (T-69)	Af 11	SOSPECHA DE SIMULACIÓN	Victima directa
CASO 30	-Síntomas intrusivos (Pc-15) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-10) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-40) TOTAL (Pc-15) TEPT NO	Int (T-76) Evi (T-69) Ans (T-68) Det (T-83)	A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad.	Fpsi-r (T-65) Im/D (T-73) P/E (T-67) ANS (T-100) ESO (T-66) DES (T-76)	_____	AFECTACIÓN	Abuso de autoridad _____ Victima directa
CASO	-Síntomas intrusivos (Pc-40) -Evitación (Pc-60)	Inc (T-84) Int (T-81)	A. Exposición a un acontecimiento	INVAR-r (T-70) SI (T-73)	PT 21 Ps 3	AFECTACIÓN	Privación ilegal

<p>31</p>	<p>-Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-97) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-70) -Funcionamiento (Pc-45) TOTAL (Pc-75) -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Evi (T-65) Cog (T-88) Dis (T-89) Dps (T-87) Dso (T-78) Cvi (T-72) Rum (T-69) Pan (T-92) Dep (T-75) Des (T-67) Msx (T-88) Ali (T-80) Sui (T-100) Les (T-100) Rie (T-75) Sex (T-100) Ira (T-78) Dsc (T-87) Cul (T-72) Dem (T-78) Sab (T-84) Det (T-75)</p>	<p>traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Desrealización.</p>	<p>CRD (T-65) CR7 (T-65) ISU (T-84) DSM (T-66) LCM (T-73) MEM (T-70) AG (T-67) EUF (T-73) DES (T-76)</p>	<p>Af 9</p>		<p>de la libertad _____ Víctima directa</p>
<p>CASO 32</p>	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-15) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-15) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-15) -Funcionamiento (Pc-15) TOTAL (Pc-10)</p> <p>TEPT NO</p>	<p>Inc (T-77) Int (T-76) Evi (T-69) Ans (T-65) Det (T-69)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>AFECTACIÓN</p>	<p>Privación ilegal de la libertad _____ Víctima directa</p>

<p>CASO 33</p>	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-60) -Evitación (Pc-40) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-60) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-90) -Funcionamiento (Pc-95) TOTAL (Pc-75)</p> <p>Despersonalización -Desrealización</p> <p>TEPT SÍ</p>	<p>Inc (T-99) Int (T-66) Dis (T-97) Dps (T-83) Dso (T-100) Cvi (T-72) Som (T-76) Ans (T-69) Rum (T-75) Pan (T-65) Dep (T-65) Msx (T-84) Sui (T-100) Les (T-100) Sus (T-74) Ira (T-78) Dsc (T-66) Dem (T-71) Det (T-79)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento. - Con síntomas disociativos: Despersonalización y desrealización.</p>	<p>INVER-r (T-77) F-r (T-94) Fs (T-91) FVS-r (T-77) SI (T-81) AP (T-78) AC/PE (T-78) CRD (T-74) CR1 (T-78) CR4 (T-94) CR6 (T-68) CR7 (T-73) CR8 (T-79) CR9 (T-66) MAL (T-68) QGI (T-76) QDC (T-73) QNEU (T-66) QCO (T-71) ISU (T-69) ANS (T-91) LCM (T-66) PCIJ (T-81) ABS (T-83) EUF (T-65) PFA (T-71) ESO (T-66) DES (T-66) PSYC-r (T-76) DISC-r (T-70)</p>	<p>_____</p>	<p>SIN AFECTACIÓN</p> <p>SOSPECHA DE SIMULACIÓN</p>	<p>Extorsión</p> <p>_____</p> <p>Victima directa</p>
<p>CASO 34</p>	<p>-Síntomas intrusivos (Pc-35) -Evitación (Pc-25) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-30) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-25) -Funcionamiento (Pc-20)</p>	<p>Inc (T-66) Evi (T-65)</p>	<p>A. Exposición a un acontecimiento traumático. B. Síntomas intrusivos. C. Evitación. D. Alteraciones</p>	<p>INE (T-65) ANS (T-67) PCIJ (T-66) ESO (T-66) INTR-r (71)</p>	<p>_____</p>	<p>AFECTACIÓN</p>	<p>Homicidio</p> <p>_____</p> <p>Victima indirecta</p>

	TOTAL (Pc-20) TEPT SÍ		cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad. G. Alteración en el funcionamiento.				
CASO 35	-Evitación (Pc-40) -Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Pc-10) -Alteraciones en la activación y reactividad (Pc-10) TOTAL (Pc-5) TEPT NO	_____	A. Exposición a un acontecimiento traumático. C. Evitación. D. Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. E. Alteraciones en la activación y reactividad.	AE/PI (T-75) MAL (T-82) P/E (T-77)	_____	AFECTACIÓN	Homicidio _____ Victima indirecta

a) Escalas significativas para la variable de trauma.

De acuerdo con los objetivos metodológicos planteados, se utilizó la tabla 6.7 para identificar aquellas escalas con mayor presencia dentro de los casos evaluados, que a su vez, estuvieran relacionadas con sintomatología postraumática. A continuación se presentan instrumento por instrumento, aquellas escalas significativas que resultaron más frecuentes entre las víctimas evaluadas.

Respecto al instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) toda la prueba está elaborada para identificar Trastorno de Estrés Postraumático por lo tanto, cada una de las escalas con las que cuenta hacen referencia a sintomatología asociada al evento traumático. Como se observó en la tabla 6.7, en todos los casos estuvieron presentes por lo menos una de las escalas que conforman esta prueba. En la tabla que se muestra a continuación (tabla 6.8), se puede apreciar la frecuencia en la que se presenta cada una de las escalas que conforman la prueba. Las escalas que tienen mayor presencia en los casos evaluados son las de Síntomas Intrusivos con 97.14% de los casos, Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo con el 97.14% de los casos y Alteraciones en la activación y reactividad con 94.28% de los casos. En menor porcentaje está la escala de Funcionamiento con el 85.7% y la escala de Evitación con el 82.8%.

Tabla 6.8
Escalas del EGEP-5 que resultaron con puntuación significativa

Escalas	Frecuencia Se considera sobre el total de casos (35)	Porcentaje 35=100%
Síntomas intrusivos	34	97.14
Evitación	29	82.85
Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo	34	97.14
Alteraciones en la activación y reactividad	33	94.28
Funcionamiento	30	85.71
TEP	29	82.85

Por otro lado, el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) es una prueba que tiene dentro de sus escalas unas que son específicamente de estrés postraumático y otras que pertenecen a un grupo diferente de síntomas más específicos. Esto es importante porque añade mayor información al análisis, además de que se basa en la premisa de que las secuelas o los efectos de un evento traumático van más allá de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o incluso son completamente diferente a éste. Por lo tanto, se puede complementar éste diagnóstico con síntomas más específicos o aunque el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) no esté presente, se pueden observar qué otros síntomas refiere la víctima. Para poder apreciar de mejor manera el grupo de escalas que se encuentran mayormente en todos los casos evaluados se realizó la siguiente tabla.

Tabla 6.9
Escalas del CIT que resultaron con puntuación significativa

Escalas	Nomenclatura	Frecuencia Se considera sobre el total de casos (35)	Porcentaje 35=100%
Escalas de Estrés Postraumático			
Intrusión	Int	25	71.42
Evitación	Evi	15	42.85
Alteración cognitiva y del estado de ánimo	Cog	18	51.42
Alteración en la activación y reactividad	Act	14	40
Disociación	Dis	16	45.71
Disociación psicológica	Dps	17	48.57
Disociación somática	Dso	13	37.14
Cambio vital	Cvi	20	57.14
Escalas de síntomas			
Problemas somáticos	Som	15	42.85
Alteraciones del sueño	Sue	11	31.42
Ansiedad	Ans	19	54.28
Rumiación	Rum	14	40
Pánico	Pan	16	45.71
Depresión	Dep	18	51.42
Desregulación emocional	Des	9	25.71
Malestar sexual	Msx	6	17.14
Alteraciones en la conducta alimentaria	Ali	6	17.14
Ideación suicida	Sui	9	25.71
Autolesiones	Les	7	20
Abuso de sustancias	Sus	5	14.28
Conductas de riesgo	Rie	4	11.42
Conductas sexuales de riesgo	Sex	2	5.71

Ira	Ira	9	25.71
Dependencia emocional	Dpn	3	8.57
Distanciamiento social	Dsc	20	57.14
Escalas de alteraciones en las creencias			
Creencias negativas sobre uno mismo	Aut	5	14.28
Creencias de culpa	Cul	9	25.71
Creencias negativas sobre el mundo y el futuro	Mun	8	22.85
Creencias negativas sobre los demás	Dem	10	28.57
Autosabotaje	Sab	12	34.28
Escalas de deterioro en el funcionamiento			
Deterioro en el funcionamiento	Det	23	65.71

De acuerdo con la tabla anterior, se puede ver que las escalas que se presentan en mayor porcentaje de casos son las de Intrusión (71.42%), Deterioro en el funcionamiento (65.71%), Distanciamiento social (57.14%), Cambio vital (57.14%), Ansiedad (54.28%), Alteración cognitiva y del estado de ánimo (51.42%) y Depresión (51.42%).

Respecto a la descripción del manual, la escala de Intrusión (Int) hace referencia a recuerdos desagradables relacionados con el acontecimiento traumático, sueños, malestar ante estímulos que recuerdan el acontecimiento y revivir el evento como si estuviese sucediendo de nuevo. La escala de Deterioro en el funcionamiento (Det) evalúa el grado en el que existe una alteración o deterioro significativo en las diferentes áreas de funcionamiento de la persona (social, laboral, familiar, sexual, sentimental, físico y estado psicológico general).

La escala de Distanciamiento social (Dsc) hace referencia al impacto del evento traumático en la vida de la persona a nivel de su integración social, así como en el escaso interés en sus relaciones con los demás. La escala de Cambio vital (Cvi) evalúa el impacto del trauma y como éste ha resultado en un cambio significativo en la vida de la persona. La escala de Ansiedad (Ans) aporta información sobre la existencia de problemas de ansiedad

general y generalizada, ansiedad fóbica, ansiedad social, o problemas de carácter obsesivo-compulsivo.

La escala de Alteración cognitiva y del estado de ánimo (Cog) se refiere justamente a estos cambios derivados del acontecimiento traumático. Por ejemplo, la incapacidad para recordar algún aspecto importante del mismo, presencia persistente de creencias negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo, la percepción distorsionada acerca de la causa del acontecimiento, un estado emocional negativo persistente, anhedonia, sentimiento de distanciamiento o desapego respecto a los demás, y la incapacidad de experimentar emociones positivas. Finalmente la escala de Depresión (Dep) evalúa la presencia de sintomatología depresiva, caracterizada por tristeza, desesperanza, culpabilidad, anhedonia, anergia, sentimiento de inutilidad y soledad.

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF) está compuesto por diferentes tipos de escalas sustantivas que permiten obtener una interpretación más amplia respecto a los síntomas presentados por la persona. Estas hacen referencia a seis diferentes áreas: disfunción somática, disfunción emocional, disfunción del pensamiento, disfunción conductual, funcionamiento interpersonal, intereses, consideraciones diagnósticas y consideraciones de tratamiento. A continuación, se presentan las escalas sustantivas que conforman el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF) y su porcentaje de presencia dentro de los casos evaluados.

Tabla 6.10
Escalas del MMPI-2RF que resultaron con puntuación significativa

Escalas Sustantivas	Nomenclatura	Frecuencia Se considera sobre el total de casos (35)	Porcentaje 35=100%
Escalas de Orden Superior			
Alteraciones emocionales o internalización	AE/PI	14	40
Alteraciones del pensamiento	AP	7	20
Alteraciones comportamentales o externalizadas	AC/PE	3	8.57
Escalas clínicas reestructuradas			
Desmoralización	CRd	19	54.28
Quejas somáticas	CR1	15	42.85
Disminución de emociones positivas	CR2	9	25.71
Cinismo	CR3	6	17.14
Conducta antisocial	CR4	7	20
Ideas de oersecución	CR6	10	28.57
Emociones negativas disfuncionales	CR7	14	40
Experiencias aberrantes	CR8	8	22.85
Activación hipomaniaca	CR9	3	8.57
Escalas de problemas específicos			
<i>Escalas somáticas y cognitivas</i>			
Malestar	MAL	16	45.71
Quejas gastrointestinales	QGI	9	25.71
Quejas de dolor de cabeza	QDC	13	37.14
Quejas neurológicas	QNEU	14	40
Quejas cognitivas	QCO	12	34.28
<i>Escalas de internalización</i>			
Ideación suicida	ISU	17	48.57
Impotencia/Desesperanza	Im/D	7	20
Desconfianza de sí mismo	DSM	13	37.14
Ineficacia	INE	13	37.14
Estrés/Preocupación	P/E	12	34.28
Ansiedad	ANS	21	60
Tendencia al enojo	TEN	6	17.14
Limitaciones conductuales por miedos	LCM	6	17.14
Miedos específicos múltiples	MEM	2	5.71
<i>Escalas de problemas externalizados</i>			
Problemas de conducta infanto-juveniles	PCIJ	6	17.14
Abuso de sustancias	ABS	5	14.28
Agresión	AG	6	17.14
Activación	EUF	9	25.71
<i>Escalas de problemas interpersonales</i>			
Problemas familiares	PFA	2	5.71
Pasividad interpersonal	PIP	2	5.71
Evitación social	ESO	16	45.71
Timidez	TIM	7	20
Desapego	DES	15	42.85
Escalas de interés específicos			
Intereses estético-literarios	IEL	2	5.71
Intereses físico-mecánico	IFM	1	2.85
Escalas de personalidad psicopatológica			
Agresividad-revisada	AGGR-r	1	2.85

Psicoticismo-revisada	PSYC-r	8	22.85
Impulsividad-revisada	DISC-r	2	5.71
Neuroticismo-revisada	NEGE-r	8	22.85
Introversión	INTR-r	11	31.42

Respecto a la tabla anterior se puede observar que las escalas de Ansiedad (60%), Desmoralización (54.28%), Ideación suicida (48.57%), Malestar (45.71%), Evitación social (45.71%), Quejas somáticas (42.85%), Desapego (42.85%), Alteraciones emocionales (40%), Emociones negativas disfuncionales (40%) y Quejas neurológicas (40%), se presentan en mayor porcentajes de casos.

De acuerdo con las normas de interpretación establecidas en el manual, la escala de Desmoralización (CRd) representa una idea generalizada de infelicidad e insatisfacción con la vida. Por su parte, la escala de Malestar (MAL) indica el grado en que la persona se presenta como físicamente incapacitada, ya sea que perciba una debilidad generalizada o un estado de mala salud. La escala de Quejas somáticas (CR1) refleja más específicamente estos problemas, es así como se relaciona completamente con otras. Por ejemplo, la escala de Quejas neurológicas (QNEU) describe diversos problemas cuyo origen puede ser neurológico, tales como mareos, parálisis, debilidad y movimientos involuntarios.

La escala de Alteraciones emocionales (AE/PI) proporciona una medida global del funcionamiento emocional de la persona. Así mismo, la escala de Emociones negativas disfuncionales (CR7) está relacionada con un incremento en el riesgo de sufrir ansiedad relacionada con psicopatología. Por lo tanto, la escala de Ansiedad (ANS) se refiere a aquellos síntomas que tienen que ver con ideación intrusiva, dificultades de sueño y estrés postraumático.

La escala de Ideación suicida (ISU) es una escala con gran relevancia dentro de la prueba, pues basta con un solo indicador para resultar significativa. Como su nombre lo indica, ésta describe directamente la ideación o intentos suicidas que la persona haya tenido recientemente.

La escala de Evitación social (ESO) representa el sentimiento por parte de la persona de no disfrutar de eventos o reuniones sociales. Así mismo se asocia con la dificultad para establecer relaciones cercanas. La escala de Desapego (DES) se relaciona estrechamente con la escala antes descrita, pues ésta indica un desagrado por parte de la persona de estar cerca de otros y preferir estar solos.

b) Escalas significativas para la variable de simulación.

Para la variable de simulación se consideraron las escalas de validez del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF), la escala de validez del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) y el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS). A continuación se presentan las escalas de validez que conforman el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI2-RF), estas escalas permiten determinar si los resultados de la prueba son interpretables basado en tres tipos de amenazas: respuestas no contestadas, sobrerreporte y subreporte.

Tabla 6.11
Escalas de validez del MMPI2-RF

Escalas	Nomenclatura	Frecuencia Se considera sobre el total de casos (35)	Porcentaje e 35=100%
Inconsistencia de las respuestas variables	INVAR-r	8	22.85
Inconsistencia de las respuestas verdadero	INVER-r	8	22.85

Respuestas infrecuentes	F-r	14	40
Respuestas infrecuentes de psicopatología	Fpsi-r	3	8.57
Respuestas infrecuentes somáticas	Fs	18	51.42
Validez del síntoma	FVS-r	18	51.42
Síntomas inconsistentes	SI	17	48.57
Virtudes poco comunes	L-r	1	2.85
Validez de adaptación	K-r	0	0

Como se puede apreciar, las escalas de Respuestas infrecuentes somáticas y Validez del síntoma son las que se presentan en mayor porcentaje de casos (51.42%), seguidas de la escala Síntomas inconsistentes con 48.5% y Respuestas infrecuentes con un 40% de los casos.

Respecto al Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), se consideró la escala de Inconsistencia para evaluar respuestas inconsistentes, es decir, respuestas al azar por falta de atención, interés o motivación por parte de la persona. Se puede ver que esta escala resulta significativa en el 48.57% de los casos.

Tabla 6.12
Escalas de validez del CIT

Escala de Validez	Nomenclatura	Frecuencia Se considera sobre el total de casos (35)	Porcentaje 35=100%
Inconsistencia	Inc	17	48.57

Para el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) se consideraron cada una de sus escalas junto con la puntuación directa. En la siguiente tabla se observa que en el 51.42% de los casos la Puntuación Total del SIMS indicó una posible exageración de síntomas, de éstos en el 40% de los casos resultó significativa la escala de Deterioro neurológico, seguidas de la escala de Trastornos afectivos con el 34.2% de los casos, Baja

inteligencia con el 17.1%, Psicosis con el 11.4% y Trastornos amnésicos con el 8.5% de los casos.

Tabla 6.13
Escala de validez del

Escala	Nomenclatura	Frecuencia Se considera sobre el total de casos (35)	Porcentaje 35=100%
Puntuación total	PT	18	51.42
Psicosis	Ps	4	11.42
Deterioro neurológico	Dn	14	40
Trastornos amnésicos	Am	3	8.57
Baja inteligencia	Bi	6	17.14
Trastornos afectivos	Af	12	34.28

- c) Comparación de los Instrumentos que pueden indicar simulación o exageración de síntomas con el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5).

De acuerdo con la información obtenida en la tabla 6.7, se extrajeron los casos en los que el perito tuvo alguna sospecha de simulación, sin importar el dictamen final emitido. El objetivo de la siguiente tabla es comparar cada instrumento de acuerdo con la presencia o ausencia de escalas significativas de validez, con el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) dado por el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5).

Tabla 6.14
Comparación de casos con diagnóstico de TEP de acuerdo a los criterios del EGEP-5

CASOS	Diagnóstico de TEP de acuerdo al EGEP-5	Presencia de escalas significativas en el CIT que puedan indicar inconsistencia	Presencia de escalas significativas en el SIMS que puedan indicar simulación.	Presencia de escalas significativas en el MMPI2-RF que puedan indicar inconsistencia.	DICTAMEN
Caso 6	Sí	No	No	Sí	Afectación / sospecha de simulación

Caso 9	Sí	Sí	Sí	Sí	Afectación / sospecha de simulación
Caso 21	Sí	No	Sí	Sí	Sin afectación / sospecha de simulación
Caso 22	Sí	Sí	Sí	Sí	Afectación / sospecha de simulación
Caso 28	Sí	No	Sí	Sí	Sin afectación / sospecha de simulación
Caso 29	Sí	Sí	Sí	Sí	Sin afectación / sospecha de simulación
Caso 33	Sí	Sí	No	Sí	Sin afectación / sospecha de simulación

Es importante rescatar la información de la tabla anterior, pues como se puede observar, en todos los casos en los que se sospechó de simulación, el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) dado por el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) también estuvo presente. Así mismo, se pueden comparar los casos en los que otros instrumentos como el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF) y el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) presentan al mismo tiempo inconsistencias dentro de sus escalas de validez.

6.3 Frecuencia de casos con afectación y no afectación psicológica.

a) De acuerdo al tipo de delito.

Con la finalidad de obtener información más concisa y de utilidad para un análisis posterior, se utilizaron los datos del apartado anterior y se identificaron respecto al tipo de delito, aquellos casos que resultaron con afectación psicológica y aquellos que no.

Teniendo así que, el 7.1% de las personas con afectación psicológica fueron del delito de abuso de autoridad, otro 7.1% fueron del delito de privación ilegal de la libertad, el 28.5%

fueron del delito de lesiones y el 57.1% fueron del delito de homicidio, siendo éste último el de mayor frecuencia.

Tabla 6.15
Frecuencia de afectación psicológica entre los casos evaluados por tipo de delito

Delitos	Afectación		No afectación	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Abuso de autoridad	2	7.14	2	28.57
Extorsión	0	0	1	14.28
Homicidio	16	57.14	2	28.57
Lesiones	8	28.57	2	28.57
Privación ilegal de la libertad	2	7.14	0	0
Total	28	100	7	100

b) Casos con afectación dictaminada respecto a la muestra en general.

Respecto a la muestra en general sin considerar la variable del delito, se identificaron aquellos casos en los que el dictamen fuese la afectación psicológica junto con los que no la recibieron. De tal manera que, para el caso de las mujeres el 84.2% presentó afectación psicológica y el 15.7% no. Para el caso de los hombres el 75% presentó afectación psicológica y el 25% no la recibió. Del total de la muestra se puede observar que el 80% recibió afectación psicológica y el 20% no recibió esta dictaminación.

Tabla 6.16
Frecuencia de afectación psicológica entre los casos evaluados por sexo

	Mujer		Hombre		Muestra Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Afectación psicológica	16	84.21	12	75	28	80
No afectación	3	15.78	4	25	7	20
Total	19	100	16	100	35	100

- c) Casos que obtuvieron afectación psicológica con base a un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

De acuerdo con la información anterior, se quiso conocer qué porcentaje de los casos que recibieron afectación psicológica, obtuvieron al mismo tiempo un posible diagnóstico de Estrés Postraumático, y a su vez, qué porcentaje de aquellos que no la recibieron pudieron haber tenido éste diagnóstico.

Tabla 6.17
Casos que recibieron afectación psicológica

	Mujer		Hombre		Muestra total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico de TEP	14	87.5	9	75	23	82.14
Sin diagnóstico de TEP	2	12.5	3	25	5	17.85
Total	16	100	12	100	28	100

Con base en la tabla anterior se puede observar que el 82.1% de los casos en general que recibieron afectación psicológica, presentaron así mismo Trastorno de Estrés Postraumático, y el 17.8% no obtuvo éste diagnóstico, sin embargo sí se concluyó afectación psicológica en su dictamen final. Cabe mencionar que éste diagnóstico está dado por el resultado obtenido en la prueba de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) que a su vez, está elaborado con base a los criterios del DSM-V.

- d) Casos que no obtuvieron afectación psicológica.

A continuación se muestra la tabla de los casos en los que no se concluyó afectación psicológica, ya sea por sospecha de simulación o por ausencia de síntomas significativos. De modo tal que, el 71.4% de la muestra en general que no obtuvo afectación psicológica, resultó tener un Trastorno de Estrés Postraumático, y el 28.5% no obtuvo éste diagnóstico.

Tabla 6.18
Casos que no recibieron afectación psicológica

	Mujer		Hombre		Muestra total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico de TEP	3	100	2	50	5	71.42
Sin diagnóstico de TEP	0	0	2	50	2	28.57
Total	3	100	4	100	7	100

Para este apartado se consideró únicamente los resultados de la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) con la finalidad de observar cómo funciona esta prueba para identificar éste trastorno junto con la sintomatología asociada al trauma, y así mismo, si resulta útil basar el diagnóstico final únicamente en los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que establece el DSM-V.

6.4 Frecuencia de simulación en la muestra.

a) Frecuencia de simulación en la muestra.

Para la variable de simulación, se obtuvo la frecuencia de los casos en los que ésta era sospechada por el perito, sin importar el resultado del dictamen final. Esto tiene que ver con la capacidad del profesional para utilizar diferentes técnicas de evaluación, como la entrevista, la revisión documental y por supuesto, la interpretación adecuada de instrumentos o pruebas psicométricas. Lo anterior, con la finalidad de detectar ciertos indicadores de simulación, como podría ser la inconsistencia en las respuestas. Así mismo, no se tomó en cuenta el resultado final del dictamen, pues aún cuando hubiera cierta sospecha de simulación, podría dictaminar a la víctima con afectación, basado en todo el proceso de evaluación, desde el delito o evento traumático vivido, hasta la forma en cómo la persona refiere los síntomas experimentados.

Tabla 6.19
Frecuencia de simulación en la muestra evaluada

	Mujer		Hombre		Muestra total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Simulación	4	21.05	2	12.5	6	17.14
No simulación	15	78.94	14	87.5	29	82.85
Total	19	100	16	100	35	100

Como se puede apreciar para el caso de las mujeres en el 21% de los casos existe una sospecha de simulación, mientras que para los hombres es en un 12.5%. Respecto a la muestra en general, en el 17.1% de los casos se sospechó simulación o exageración de síntomas por parte del perito. Sin embargo, como se pudo apreciar en los resultados presentados anteriormente (tabla 6.11, 6.12 y 6.13), respecto a los instrumentos utilizados, resultaron significativas escalas de validez relacionadas con la variable de simulación en mayor porcentaje de casos.

Para establecer simulación, se utilizaron criterios basados en los instrumentos aplicados, como las escalas de validez del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF) y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) que podrían indicar inconsistencia en las respuestas, así como la puntuación total del Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS). También se utilizó el contenido de la entrevista, la descripción de los hechos y la información complementaria de la carpeta de investigación.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1 Discusión

El objetivo del presente trabajo fue identificar aquella sintomatología postraumática que resulta de un evento delictivo, específicamente en víctimas de delitos violentos que solicitan la compensación económica por daño moral. Respecto a ello, se analizaron los resultados de las escalas significativas de cada uno de los instrumentos que se le aplicaron a las víctimas. De esta manera, se pudo identificar aquellas áreas y síntomas que más comúnmente se presentaron en las personas que sufrieron un acontecimiento de gran relevancia.

Es así como el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5), el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2RF) y el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) coincidieron en algunas escalas de áreas similares, que evalúan síntomas de diferentes tipos. Es importante mencionar que las escalas que se señalan a continuación son las que se presentan en mayor porcentaje de la muestra evaluada, si se quisiera conocer todas las escalas que resultaron significativas, éstas se encuentran señaladas en la tabla 6.8, 6.9 y 6.10 del apartado de análisis de resultados, inciso b. También se han resaltado algunos cuadros, con la finalidad de identificar más fácilmente aquellas en las que coincide el contenido de las diferentes escalas de los instrumentos. Así mismo, estas escalas forman parte de los criterios dados para el Trastorno de Estrés Postraumático.

Tabla 7.1
Escalas que resultaron significativas por áreas

ÁREAS	ESCALAS SIGNIFICATIVAS		
	MMPI-2RF	EGEP-5	CIT
ÁREA INTERNALIZANTE		-Síntomas intrusivos	-Intrusión
	-Alteraciones emocionales -Emociones negativas disfuncionales	-Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo	-Alteración cognitiva y del estado de ánimo
		-Evitación	
	-Ansiedad		-Ansiedad
	-Ideación suicida		-Depresión
	-Desmoralización		-Cambio vital
ÁREA SOMÁTICA	-Malestar -Quejas somáticas	-Alteraciones en la activación y reactividad	
ÁREA DEL FUNCIONAMIENTO		-Funcionamiento	-Deterioro en el funcionamiento
ÁREA INTERPERSONAL	-Evitación social -Desapego		-Distanciamiento social

Como se puede observar, se identificaron cuatro áreas principales en las que el evento delictivo ha afectado en mayor medida la vida de una persona: el área internalizante, la somática, del funcionamiento y la interpersonal. El área internalizante hace referencia a aquellas alteraciones emocionales propias de los trastornos de ansiedad y depresión, relacionándose por lo tanto, con procesos de aprendizaje desadaptativo (miedos o fobias), rasgos de personalidad ansiosos, rumiación cognitiva, percepción distorsionada del entorno, ausencia de emociones positivas, entre otras (Grant y Beck, 2010 citado en Toro, 2019).

El área somática se relaciona completamente con el área antes mencionada, ya que a consecuencia de las manifestaciones internalizantes, existe una presencia de sintomatología

a nivel fisiológico que afecta el bienestar de la persona. Sin embargo, se hizo la distinción de cada área con el fin de identificar más fácilmente cada escala que la conforman.

Por otro lado, el área del funcionamiento tiene que ver con aquellos aspectos en los que el acontecimiento ha afectado la actividad habitual de la persona ya sea en el ámbito laboral, escolar o social. Finalmente el área interpersonal, refleja el impacto que los síntomas ya mencionados han tenido lugar en la vida de la víctima, y así mismo, cómo ha cambiado su integración y desarrollo respecto a sus relaciones sociales.

De acuerdo con el análisis anterior, se puede ver que hay escalas del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF) que coinciden con criterios específicos del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como son las escalas de Alteraciones emocionales, Emociones negativas disfuncionales, Malestar y Quejas somáticas. Sin embargo, no sólo éstas escalas se pueden relacionar con sintomatología postraumática, dentro de todas las escalas que conforman el MMPI-2RF hay más que podrían estar arrojando información útil respecto al evento vivido. Todo dependerá del profesional que esté realizando la evaluación, pues él será el encargado de reunir toda la información obtenida en la entrevista, la carpeta de investigación y de las pruebas psicológicas aplicadas.

De acuerdo con la hipótesis de investigación: *Las víctimas de delitos violentos presentan sintomatología postraumática*, esta es confirmada con base en los indicadores antes mencionadas. Así también, recordando que en el 82% de los casos se dictaminó afectación psicológica con base en indicadores relacionados con el Trastorno de Estrés

Postrauumático. No obstante, es importante analizar cómo hay síntomas bastante marcados y de gran intensidad experimentados por parte de la víctima y así mismo, hay algunos otros que de acuerdo a lo esperado con los criterios del Trastorno de Estrés Postrauumático, no los refiere la misma víctima. Lo anterior no quiere decir que no exista una afectación psicológica, por el contrario, no se necesita cumplir con todos los criterios del Trastorno de Estrés Postrauumático como si fuere una *check list* para establecer un nexo causal entre el evento delictivo y el trauma.

También es importante recordar que el Trastorno de Estrés Postrauumático no es el único trastorno asociado al trauma, sin duda es el más frecuente, pero de acuerdo a un estudio internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo el 5.6% de las personas que han sido expuestas a un trauma llegan a desarrollar éste trastorno (Crespo, Camarillo y Ruiz, 2019). En su lugar podría haber otro tipo de sintomatología relacionada a otro trastorno, por ejemplo a un Trastorno de ansiedad, un Trastorno depresivo, de estrés agudo, problemas como la Fuga disociativa, la Desrealización o Despersonalización, entre otros.

Por otro lado, respecto a la hipótesis alterna *Las víctimas de delitos violentos que solicitan compensación por daño moral, presentan características de simulación relacionadas al trauma* se pudo observar que por lo menos en el 17% de los casos evaluados el perito pudo identificar algún indicador de simulación, ya sea que se haya apoyado de alguna prueba, de la entrevista, o de ambas. Sin embargo, respecto a las escalas de validez que conforman las pruebas, el 50% de los casos evaluados resultaban con una o más de éstas escalas como significativas. Es importante recordar que dentro del ámbito

legal y al existir una ganancia secundaria externa, hay una tendencia por parte de las personas a simular. Es por ello que se ha considerado como variable importante al momento de evaluar e interpretar los instrumentos psicológicos aplicados.

De esta manera, se han identificado todas las escalas de validez que conforman las pruebas utilizadas. Sin duda, las que mayor respaldo tienen por su evidencia científica a lo largo de los años, son aquellas que conforman el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI-2RF), además de que abarcan diferentes aspectos de la validez del instrumento.

De las escalas que resultaron significativas, las que se encontraron con mayor frecuencia en los casos evaluados son la de *respuestas infrecuentes somáticas*, la cual se utiliza para identificar a los evaluados que sobrerreportan síntomas somáticos que en raras ocasiones son reportadas por pacientes con problemas médicos serios. También la escala de *validez del síntoma*, cuyo objetivo es identificar individuos que presentan síntomas no creíbles en el contexto de litigios civiles., es decir, una combinación inusual de respuestas asociadas con la presencia de síntomas cognitivos o somáticos poco creíbles.

De igual forma otras escalas que resultaron significativas fueron la escala de *síntomas inconsistentes* encargada de identificar una combinación poco común de respuestas asociadas a quejas poco creíbles con problemas de memoria. Así mismo la escala de *respuestas infrecuentes* que como su nombre lo dice, ésta identifica el sobrerreporte de un amplio rango de síntomas psicológicos, cognoscitivos y/o somáticos.

Como se puede observar, las escalas que resultaron más significativas respecto a la validez del instrumento tienen que ver con el sobrerreporte, es decir, con la forma en cómo el individuo se presenta a sí mismo con un grado de desajuste físico, psicológico y emocional poco creíble. Esto es importante porque marca un punto de referencia para considerar la validez de las escalas sustantivas siguientes, así como la forma en cómo se relacionan con la información y las características del caso.

Respecto al Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS), éste propone ser una prueba de screening en la detección de simulación, por lo tanto sus escalas están dirigidas a evaluar falseamiento de psicopatología y de funciones cognitivas. De acuerdo con los casos evaluados, el 51.42% resultaron tener una puntuación significativa que podría estar indicando exageración de síntomas en alguna de sus escalas. La más elevada en frecuencia resultó ser la de *deterioro neurológico*, la cual hace referencia a síntomas poco comunes referidos por pacientes reales que sufrieron algún daño cerebral o lesión craneoencefálica. La escala de *trastornos afectivos* resultó ser la segunda más frecuente entre los casos evaluados y esta hace referencia a aquellos síntomas atípicos de depresión y ansiedad que las personas reportan.

Por otro lado, se utilizó como apoyo la escala de *inconsistencia* del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), la cual resultó significativa en el 48.5% de los casos evaluados. Ésta indica que pudo haber un patrón de respuesta al azar o una actitud poco colaboradora por falta de interés, atención o por dificultades en la comprensión lectora.

Este análisis de las escalas de validez de los diferentes instrumentos aplicados, ayuda a evidenciar un problema de inconsistencia entre las medidas de evaluación utilizadas. Es decir, que aunque en un 17% de los casos el perito pudo sospechar simulación en la persona evaluada, las medidas de control psicométricas que en este caso fueron las escalas de validez del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI2-RF) y del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), junto con el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) arrojaron un sobrerreporte en el 50% de los casos evaluados. Por lo que en un 33% de los casos, no se dictaminó simulación aun teniendo una medida de evaluación que indicará inconsistencia en las respuestas de las personas evaluadas.

7.2 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos a través del presente trabajo, se logró identificar aquella sintomatología postraumática que comúnmente se presenta en víctimas de delitos violentos que solicitan compensación por daño moral. De acuerdo con lo anterior, se pudo observar que las áreas mayormente afectadas en una víctima que sufre un evento delictivo de gran impacto son la Internalizante, la Somática, del Funcionamiento y la Interpersonal.

Los síntomas relacionados al trauma no sólo se lograron identificar con base en los indicadores del DSM-5. Si bien, el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) fue una gran guía para determinar a qué área correspondía cada uno de los síntomas presentados por la víctima, éste únicamente está basado en el Trastorno

de Estrés Postraumático, por lo que no resulta herramienta suficiente al momento de evaluar a una víctima del delito.

Utilizar a la par el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI2-RF) resulta ser una mejor alternativa, pues éste no sólo proporciona indicadores relacionados con la ansiedad, depresión, u otro tipo de sintomatología relacionada al trauma. Sino también refleja una parte de la personalidad del evaluado, y junto con ello, las características que pudieran estar funcionando como factores de protección o vulnerabilidad. Lo anterior es importante porque en una evaluación de daño psicológico lo que se busca no sólo es encontrar la sintomatología postraumática que pudiera estar impidiendo el desarrollo adecuado de la persona. Además de ello, se pretende identificar qué herramientas psicológicas y emocionales está utilizando para poder salir adelante de esta experiencia tan desfavorable.

Esta última idea es importante, porque muchas veces de esto depende que la víctima pueda enfrentar o no, las dificultades que el evento trae consigo. Por lo que, aunque el suceso le haya causado un gran desajuste emocional, se puede observar los recursos psicológicos con los que cuenta para poder enfrentar la situación. Es importante mencionar, que sin importar lo resiliente que pueda ser la persona, y aun no presentando todo un cuadro sintomatológico que derive en un trastorno, ésta sigue siendo una víctima, lo que significa que la persona ha sido afectada de alguna u otra forma en quizá, más de una de sus esferas de vida.

Así mismo, se utilizó el Cuestionario del Impacto del Trauma (CIT) un instrumento recién creado el cual, no sólo se centra en evaluar los indicadores de Estrés Postraumático, sino también en toda aquella sintomatología relacionada al trauma. Lo anterior resulta enriquecedor pues el perito, posiblemente sesgado o mal orientado, ya no sólo se centrará en evaluar específicamente un trastorno de estrés postraumático. Por el contrario, este instrumento es una herramienta que le permitirá evaluar en más de un área la sintomatología presentada, así como los síntomas por separado.

Aunado a lo anterior, se pueden comparar las escalas del CIT con las del EGEP-5 y del MMPI2-RF, teniendo como resultado escalas que coinciden en el contenido y en las áreas de la sintomatología postraumática evaluada.

Las escalas del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) que resultaron significativas en la mayoría de los casos evaluados y que son similares a las del EGEP-5 respecto a su contenido, fueron: la escala de Intrusión, la de Alteración cognitiva y del estado de ánimo, y la de Deterioro en el funcionamiento. Por su parte, las escalas del CIT que coinciden con las del MMPI2-RF fueron: la escala de Alteración cognitiva y del estado de ánimo, la de Ansiedad, Depresión, Cambio vital y la de Distanciamiento social. Es importante mencionar que las escalas anteriores fueron las que resultaron más significativas en la mayoría de los casos evaluados, y como se puede ver, al aplicar tanto el EGEP-5 como el MMPI2-RF hay concordancia en el contenido del área afectada y de los síntomas reportados por las víctimas de delito.

Por consiguiente, se concluye que el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) es una herramienta pertinente y útil para evaluar el daño psicológico, pues su estructura y contenido permite evaluar el trauma en su totalidad, o por lo menos en la mayoría de los síntomas reportados por las personas víctimas de algún evento inesperado y de gran magnitud. Además cabe resaltar que es la única prueba que está específicamente dirigida a evaluar trauma, por ello, no sólo se centra en el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, sino también fue creado para obtener un perfil en el cual se pudiera observar que área de la persona fue afectada o que síntomas experimenta a raíz del evento delictivo. De esta forma, el análisis y el posterior tratamiento de la víctima estaría encaminado a tratar estos síntomas en particular, o si es el caso, algún trastorno.

Ahora bien, aunque en México lamentablemente son escasos los estudios donde se evalúa la frecuencia y sintomatología postraumática específicamente en víctimas de delitos violentos. Sin duda, más de la mitad de la población mexicana está expuesta a sufrir algún evento traumático y esto no necesariamente quiere decir que desarrollará algún trastorno, o afectación severa, ya que esto dependerá de cada persona y de los factores de protección y vulnerabilidad con los que cuente.

Por otra parte, el presente trabajo también se enfocó en el estudio del fenómeno de la simulación como un factor importante en la evaluación psicológica forense. Aunque en el ámbito legal es donde se ve ésta conducta con mayor frecuencia, en la realidad, son muy pocos los profesionales que le dedican una parte de su evaluación a incluir instrumentos o herramientas que permitan evidenciar este fenómeno.

Así pues, se hizo uso de las escalas de validez que conforman el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2-Reestructurado (MMPI2-RF), el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) y el Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS) para poder obtener el porcentaje de casos en los que pudiera sospecharse de simulación. De acuerdo con ello, se pudo observar que aunque las pruebas arrojaran inconsistencias y exageración de síntomas respecto a sus escalas, en aproximadamente el 50% de los casos evaluados, el perito únicamente sospechó de simulación en el 17% de los casos.

Lo anterior no quiere decir que el perito hizo una evaluación errónea, por el contrario, es importante recordar que para establecer la hipótesis de simulación se necesita no sólo un instrumento o puntuación significativa que establezca que el evaluado a exagerado o mentido en la sintomatología reportada. El diagnóstico de la conducta de simular implica todo un proceso, en el cual no sólo es importante considerar el resultado de un instrumento sino también el análisis y particularidad del caso, la personalidad del evaluado junto con el discurso que maneja respecto al evento vivido, y todo el proceso previo que lleva la persona en el sistema de justicia.

Si bien es cierto que, la frecuencia en la que resultaron significativas las escalas de validez es alta, es necesario analizar qué tipo de escalas son, es decir, qué de la conducta es lo que están evaluando y qué tipo de sintomatología postraumática se relaciona con ello. Aunado a lo anterior, también es importante considerar que en el ámbito legal y sobre todo con el sistema de justicia de México, desde que se levanta una denuncia, hasta el juicio si es el caso, y todo el procedimiento que conlleva una indemnización implica una constante

revictimización. Lo cual, posiblemente llevaría a que la víctima se conduzca con cierta predisposición.

Los resultados obtenidos en este trabajo, junto con la investigación teórica realizada nos permite llegar al análisis del modelo explicativo propuesto por Rogers en 1990. El cual establece que la conducta de simulación es una respuesta situacional que surge ante circunstancias adversas, y que se expresa mediante síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados.

Entonces, para la evaluación del daño psicológico en víctimas del delito es aún más complejo obtener un diagnóstico confiable de simulación. No es imposible, pero se necesita de un conocimiento profundo de los indicadores de simulación junto con la sintomatología típica de trauma. Además, y como lo demuestra el presente trabajo, así como no basta con un único instrumento para evaluar trauma, mucho menos basta con una sólo escala que evalúe inconsistencia en las respuestas, ni siquiera un solo instrumento que evalúe simulación. Se requiere más de una estrategia para poder determinar que la hipótesis de simulación pueda ser real.

En este sentido, la entrevista semiestructurada se convierte en un gran aliado, pues no sólo permite conocer la naturaleza y las características del evento delictivo, sino que también proporciona información relevante respecto a la manera en cómo la persona vive y percibe este evento, así como el proceso judicial por el que está pasando.

Por otro lado, está por demás decir que los criterios establecidos en el DSM-5 son demasiado simples e inespecíficos, como se observó en el capítulo cuatro del presente trabajo. No representan la complejidad del constructo y mucho menos de la evaluación del mismo. Por lo tanto, cabe señalar que al ser un fenómeno poco estudiado, pero evidentemente frecuente, se necesita de mayor atención y estudio en torno éste.

En definitiva, la simulación es un fenómeno conductual que tiene que ver con la exageración de síntomas, en un contexto y circunstancia específicos. Pues en el entendido que la única manera de obtener justicia es evidenciando el *gran* daño psicológico causado, es posible que éste influya en el estilo de respuesta dada. Por supuesto, aún faltan más estudios que demuestren esta afirmación, lo que sí es verdad es que las personas tienden a hacerlo, aún presentando la sintomatología postraumática esperada.

7.3 Limitaciones y Sugerencias

Aunque los objetivos planteados en este trabajo han sido cubiertos, el diseño presenta ciertas limitaciones en relación con el tamaño muestral (n=35). Así mismo, acceder a éste tipo de población y con el poco tiempo permitido para la evaluación, dificulta aún más el proceso. De igual manera, los resultados obtenidos no pueden generalizarse a otros contextos forenses pues el proceso de victimización depende de varios factores, especialmente del tipo de delito. Sin embargo, el presente trabajo permite analizar un tema bastante complejo y poco estudiado en el contexto mexicano, como lo es el de la simulación y el trauma en la evaluación psicológica forense, de ahí la relevancia del estudio.

Respecto a las pruebas utilizadas existen algunas limitaciones que es importante considerar. En primer lugar, el instrumento de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) no cuenta con baremos específicos para México, sin embargo la versión anterior sí, y tomando en cuenta que la modificación del mismo se basa en los cambios establecidos en el DSM-5 respecto al Trastorno de Estrés Postraumático, se puede establecer que su uso es funcional. Por otro lado, es importante señalar que no cuenta con escalas de validez que permitan evaluar el grado de consistencia y veracidad de las respuestas de los evaluados. No obstante, resulta un instrumento bastante útil en el análisis cualitativo de la sintomatología reportada por la víctima. Además, por su facilidad y velocidad de aplicación, el EGEP-5 se ha convertido en una herramienta de gran utilidad dentro del ámbito de la psicología forense.

Por otro lado, si bien es cierto que el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2RF) no está enfocado en evaluar un Trastorno de Estrés Postraumático, es un Instrumento que a lo largo de los años se ha utilizado para múltiples aplicaciones de investigación respecto a psicopatología y personalidad por lo tanto, se puede confiar en que la información obtenida es confiable y está relacionada con aspectos importantes del evaluado.

El Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) también es un instrumento que tiene que ser utilizado con cierta consideración, pues éste no cuenta con baremos específicos para México. No obstante, en el proceso de elaboración sí se utilizó población mexicana para validarlo. Es importante mencionar que esta prueba cuenta con demasiadas virtudes, pues

evalúa la sintomatología postraumática en todas sus áreas, cuenta con escalas de validez y al ser una prueba reciente no sólo cuenta con un respaldo teórico, sino también con uno basado en la evidencia.

Respecto al Inventario de Simulación de Síntomas (SIMS), éste es un instrumento popular en algunos contextos forenses por su fácil aplicación y por el poco tiempo que exige. Sin embargo tampoco está estandarizada en México, lo que podría dificultar y sesgar los resultados. Es por ello que para evitar algún tipo de error sería conveniente ocuparla como lo que es, un instrumento de screening para la detección de simulación. Así mismo, resultaría necesario complementarla en la evaluación con algún otro instrumento que contenga en su estructura escalas de validez, como sería el caso del MMPI2-RF.

Finalmente, se sugiere realizar en éste contexto, un estudio a profundidad con una muestra representativa más grande. Así mismo, con víctimas que sufrieron otro tipo de delito para poder realizar un análisis comparativo. Y de la misma manera comparando la sintomatología entre víctimas directas e indirectas.

Aunque la sintomatología postraumática ha sido mayormente estudiada, en relación con la variable de simulación resulta más difícil poder obtener los indicadores que establezcan que una víctima está simulando. Sin embargo, cabe la posibilidad de encontrar ciertos patrones de respuesta si se utiliza para una futura investigación un grupo control y uno experimental con esta población.

Sin duda, el procedimiento de evaluación psicológica en el ámbito forense requiere no sólo de un experto que sepa aplicar o interpretar adecuadamente algún instrumento. También es esencial que cuente con un criterio profesional basado en sus conocimientos y experiencia, para visualizar las posibles causas de la conducta o sintomatología que el evaluado refiere. Lo anterior, apoyándose por supuesto de instrumentos de calidad, actuales y lo más completos posibles para evaluar a la persona en más de un área a la vez y así mismo, obtener resultados confiables. Finalmente, el objetivo en la atención a víctimas se centra en brindar una adecuada atención, respetando ante todo sus derechos, y evitando en todo momento su revictimización.

REFERENCIAS

- Alatriste, M. (2008). Reparación del daño moral y psicológico a víctimas del delito de violación en las sentencias condenatorias conforme al código penal federal. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Derecho, Tesis digitales UNAM.
- Alcazar, M., Verdejo, A. y Bouso, J. (2008). El psicólogo forense en el equipo técnico de la jurisdicción de menores. Propuesta de protocolo de intervención. Anuario de Psicología, vol.18, pp. 45-60.
- Almendros, C. (2012). Aspectos deontológicos, éticos y legales en la evaluación psicológica. La guía del psicólogo, núm. 322, pp. 3-9.
- Alvarez, G., Montenegro, M. y Martínez, J. (2012). Unidad 2. Apuntes acerca de dos escuelas criminológicas: Clásica y Positivista. Facultad de Psicología, UNAM.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Test psicológicos. Pearson Educación.
- 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, vol.26 (92), pp. 59-77.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Evaluación psicológico forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el Sistema de Evaluación Global. En Rivas, P., Barrios, G. Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense (pp. 357-367). Thomson Aranzadi.
- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A. y Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. Psicothema, vol. 21 (2), pp. 241-247.

- Arce, R., Fariña, F. y Vilariño, M. (2014). Evaluación psicológica forense de la victimización. En Colín, S., Morales, L., Fariña, F. y Wexler, D. (1º ed.). Justicia terapéutica: experiencias y aplicaciones (pp. 161-174), INACIPE.
- Asensi, L. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, núm.21, pp. 15-29.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, p. 415.
- Bados, A. (2015). Trastorno por estrés postraumático. Universidad de Barcelona.
- Barboni, L. y Bonilla, N. (2018). Evaluación psicológica en el ámbito forense: la libertad anticipada en el contexto uruguayo. *Ciencias psicológicas*, vol.12 (2), pp. 285-292.
- Ben-Porath, Y. y Tellegen, A. (2015). Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (Santamaría, P., adaptador). TEA Ediciones.
- Blanco, S. (2016). Evaluación forense de la enfermedad mental en la incapacidad temporal: Simulación y realidad (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela.
- Blasco, J. y Pallardó, L. (2013). Detección de exageración de síntomas mediante el SIMS y el MMPI-2-RF en pacientes diagnosticados de trastorno mixto ansioso-depresivo y adaptativo en el contexto medicolegal: un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, vol. 24, pp. 177-183.
- Bonell, H. (2018). Características de las prácticas en evaluación de daño emocional por parte de psicólogos forenses a nivel nacional (Tesis de Magister). Universidad del Desarrollo.
- Bruno, A. y Cabello, J. (2002). Simulación en Psiquiatría forense. *Cuadernos de medicina forense*, vol. 1 (2), pp. 81-93.

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 20. Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2013). Ley General de Víctimas. Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2019). Capítulo V. De las obligaciones que nacen de los actos ilícitos. Código Civil Federal, pp 184-188.
- Capilla, P. y González, H. (2009). Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos. Trauma Fund MAPFRE, vol. 20 (4), pp. 255-263.
- Carballal, A. (2008). Evaluación forense de la huella psíquica como prueba de cargo en casos de víctimas de violencia de género. (Tesis Doctoral). Universidad de Santiago de Compostela.
- Cárdenas, C., Grunert, S., Vásquez, M. (2007). La víctima en el proceso penal una propuesta de abordaje para la fase de resolución judicial. En Atención a víctimas de delitos violentos, reflexiones desde la práctica (pp. 71-92). RIL Editores.
- Clasificación Internacional de Enfermedades-11. (2019). Trastorno de estrés postraumático. Recuperado el 11 de mayo del 2020 de <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- Conroy, M. y Kwartner, P. (2006). Malingering. Applied Psychology in Criminal Justice, vol. 2 (3), pp. 29-51.
- Crespo, M., Gómez, M. y Soberón, C. (2017). Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5). TEA Ediciones.
- Díaz, C. (2014). La simulación y disimulación en medicina evaluadora. Medicina y Seguridad del trabajo, vol. 60 (235), pp. 379-391.

- Dongil, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, vol. 14, pp 265-288.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol.5, pp. 57-73.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, n. 3, pp. 373-387.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 4, pp 227-244.
- Echeburúa, E., Cruz-Sáez, M. (2015). De ser víctimas a dejar de serlo: un largo proceso. *Revista de Victimología*, pp. 83-96.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.11 (1) pp. 141-159.
- Fattah, E. (2014). Victimología: pasado, presente y futuro. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, n. 16-r2, pp. r2:1-r2:33.
- Fernández-Ballesteros, R. y Dolores, M. (2013). Garantías científicas y éticas de la evaluación psicológica. En Fernández-Ballesteros, R. (2º ed.). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 125-338), Ediciones Pirámide.
- Figuroa, R., Cortes, P., Accatiano, L. y Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo.

- García, M. (2019). Detección de simulación de trastorno mental mediante el MMPI-2-RF, el PAI y el SIMS: Estudio de análogos en una muestra militar. *Sanid. mil.*, vol. 75 (4), pp. 203-217.
- Giner, C. (2011). Aproximación Psicológica de la Victimología. *Revista Derecho y Criminología* n°. 1, pp. 25-54.
- González, H., Fernández, P. y Santamaría, P. (2010). Precisión predictiva del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas SIMS en el contexto médico legal. *EduPsykhé*, vol. 9 (1), pp. 3-22.
- González, M. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, vol. 12, pp 45-61.
- González, H. y Santamaría, P. (2009). Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS). TEA Ediciones.
- Guerra, C., Canessa, P. (2007). Víctima y factores de vulnerabilidad, análisis de un caso desde el constructivismo. En *Atención a víctimas de delitos violentos, reflexiones desde la práctica* (pp. 117-126). RIL Editores.
- Guerri, M. (2013). Otros trastornos de ansiedad. *Psicoactiva*. Recuperado el 14 de junio del 2020 de https://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_25/
- Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense y la práctica pericial. (2014). Col-legi Oficial de Psicologia de Catalunya.
- Herrera, Á. y Salazar, Á. (2017). Evaluación psiquiátrica-psicológica forense de simulación. A propósito de un caso forense real. *Iuris Dictio*, vol. 20, pp. 167-177.
- Honoré, T. (2015). Capítulo 41: La Causalidad en el Derecho. En Fabra, Z. y Rodríguez, V. (1º ed.) *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho* (pp. 1479-1499), UNAM.

- Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., Niesten, I. y Campo, J. (2017). Differentiating Factitious from Malingered Symptomatology the Development of a Psychometric Approach. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 10, pp. 341-357.
- Járegui, I. (2017). Análisis psicométrico de la simulación de psicopatología durante la incapacidad temporal (baja laboral). *JONNPR*, vol. 3 (1), pp. 15-39.
- Jiménez, E. (2010). La intervención del psicólogo en el proceso judicial: el informe psicológico forense. En Buela-Casal, G., Jiménez, E. y Sierra, J. (2º ed.). *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 683-698), Biblioteca Nueva.
- Jiménez, F. (2009). *Evaluación Psicológica Forense*. Ciencias de la Seguridad Universidad de Salamanca (pp. 101-234).
- Katherine, C. (2015). *The Assessment of Malingering within Forensic Populations* (Doctoral thesis). Loma Linda University.
- Laguna, S. (2008). *Manual de Victimología*. CISE.
- Leandro, L. (2017). *Factores de Protección*. CRÍMINA.
- Lira, G. y Ramón, J. (2020). Buenas prácticas, tensiones y desafíos ético-deontológicos en la evaluación psicológica forense del maltrato y abuso sexual infantil. *Revista de Bioética y Derecho*, núm.49, pp. 41-58.
- de la Llave, R. (2017). *Presentación de un caso clínico. Trastorno facticio* (Tesis para obtener el grado de licenciatura). Universidad de Jaén.
- McCaffrey, R. y Weber, M. (1999). A Clinical Approach to Evaluating Malingering in Forensic Neuropsychological Evaluations. *Revista Española de Neuropsicología*, vol. 2 (3), pp. 21-36.
- Maffioletti, F., Huerta, S., Vásquez, M., Fernández, M., Aedo, P., Fuenzalida, R., Oliva, M., Leiva, A., Vergara, P., Aliste, M., Donoso, M., Arias, M., Rojas, P. y Muñoz, G.

- (2010). Guía para la evaluación pericial de daño en víctimas de delitos sexuales. Gobierno de Chile.
- Márquez, A. (2011). La Victimología como estudio. Redescubrimiento de la víctima para el proceso penal. *Revista Prolegómenos*, n. 27, pp. 27-42.
- Matalobos, B., González, O. (2007). Detección de simulación en Estrés Postraumático y Depresión. *Universidad Complutense de Madrid*, vol. 6 (1), pp. 21-47.
- Mendoza, L. (2014). La acción civil del daño moral. *Instituto de Investigaciones Jurídicas*, pp 51-119.
- Meza, A. (2019). Daño psicológico y su impacto ante un trauma emocional. ANPJMX. Recuperado el 26 de mayo de <https://www.anpjmex.com/2020/01/16/dano-psicologico-y-su-impacto-ante-un-trauma-emocional/>
- Minoudis, P. (2007). *Malingering of Cognitive Symptoms (Thesis)*. University College London.
- Monroy, L. (2011). Peritaje psicológico de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación en casos de agresión sexual a adultos (Tesis de Master). Universidad de Santiago de Compostela.
- Muñoz, A. (2020). Disociación y trastornos disociativos: tipos, causas y prevalencia. Recuperado el 20 de mayo de 2020 de <https://www.trastornolimitado.com/trastornos/disociacion-y-trastornos-disociativos>
- Muñoz, J. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, vol. 23, pp 61-69.
- Muñoz, J., Manzanero, A., Alcázar, M., González, J., Pérez, M. y Yela, M. (2011). *Psicología Jurídica en España: Delimitación Conceptual, Campos de investigación e*

- Intervención y Propuesta Formativa dentro de la Enseñanza Oficial. Anuario de Psicología Jurídica, vol.21, pp. 3-14.
- Naghi, M. (2000). Metodología de la Investigación (pp. 85-112). Editorial Limusa
- Navarro, N. (2007). Aspectos psicológicos básicos de la atención a las víctimas por parte de los cuerpos de seguridad. Trama Editorial.
- Niesten, I., Nentjes, L., Merckelbach, H. y Bernstein, D. (2015). Antisocial features and “faking bad”: A critical note. International Journal of Law and Psychiatry, pp. 1-9.
- Observatorio Nacional Ciudadano Seguridad, Justicia y Legalidad. (2015). Reporte sobre delitos de alto impacto. Recuperado el 18 de mayo de 2020 de https://onc.org.mx/uploads/Dig_Abr_2015.pdf
- Olaz, F. y Pérez, E. (2008). Confiabilidad y Validez. En Olaz, F., Pérez, E. y Tornimbeni, S. Introducción a la psicometría (pp. 69-136), Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas. (1985). Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para víctimas de delitos y abuso del poder. Capítulo II. Víctimas. Resolución 40/34 de la Asamblea General, pp. 313-335.
- Pérez, M. (2005). Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, n. 113, pp. 845-867.
- Pérez, F., López, F., Moreno, C. y García, A. (2016). Apuntes para la comprensión del problema de la simulación en contextos diagnósticos. Un esbozo histórico. Revista de Historia de la Psicología, vol. 37 (4), pp. 2-11.
- Pérez, M., Sáiz, M. y Sáiz, D. (2005). Aspectos generales de la evaluación en el ámbito jurídico criminal. En Soria, M. y Sáiz, D. (1º ed.). Psicología Criminal (pp. 431-464), Pearson Educación, S. A.

- Perilla, P. (2019). Simulación de síntomas en el contexto forense. Una revisión sistemática (Tesis para obtener el grado de especialización). Universidad Santo Tomás.
- Raffo, P. (2007). Acompañamiento psicológico y terapia psicológica. En Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Atención integral a víctimas de tortura en proceso de litigio. Aportes psicosociales (pp. 45-90).
- René, E. (2001). "Orígenes y fundamentos principales de la Victimología". Revista del Colegio de Jurisprudencia IURIS DICTIO, n. 3, pp. 72-80.
- Rodríguez, L. (2012). Derecho victimal y victimodogmática. EGUZKILORE, n. 26, pp. 131-141.
- Rogers, R. y Bender, S. (2018). Clinical Assessment of Malingering and Deception. Guilford Publications, pp. 3-17.
- Rogers, R. y Bender, S. (2013). Chapter 21. Evaluation of Malingering and Related Response Styles. En Weiner, I. (2º ed.). Handbook of Psychology (pp. 517-540), John Wiley & Sons, Inc.
- Rubin, B. y Bloch, E. (1998). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Editorial Desclée de Brouwer.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: Un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. Revista de Psicoterapia, n. 80, pp 5-16.
- Samperi, R., Fernández, C., Baptista, P. (1991). Metodología de la Investigación. Mcgraw-Hill.
- Santamaría, P., Capilla, P. y González, H. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. Clínica y Salud, vol. 24, pp. 139-151.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). Código ético del psicólogo. Trillas.

- Soria, M., Gutiérrez, M., Ramos, E. y Tubau, O. (1990). La atención psico-socio.jurídica a las victimas de los delitos. ZERBITZUAN, n. 12, pp. 71-78.
- Soria, M. y Sáiz, D. (2005). Psicología Criminal. Prentice Hall.
- Sosa, C. y Capafóns, J. (2005). Estrés Postraumático. Editorial Síntesis.
- Toro, R. (2019). Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: revisión sistemática. (Trabajo de grado) Universidad católica de Colombia, Bogotá.
- Urta, J. (2007). Dilemas éticos de los psicólogos jurídicos. Anuario de Psicología Jurídica, vol.17, pp. 91-109.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, vol. 27, pp 40-49.
- Zamora, J. (2016). Derecho victimal. La víctima en el nuevo sistema penal mexicano. INACIPE.
- Zuñiga, V. (2005). La Victimología desde la perspectiva de los derechos humanos. (Tesis de Maestría). Universidad Iberoamericana.