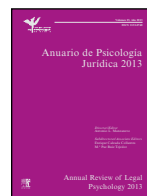




Anuario de Psicología Jurídica 2013

www.elsevier.es/apj



La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial

José Manuel Muñoz*

Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 21/05/2013
Revisión recibida: 27/06/2013
Aceptado: 27/06/2013

Palabras clave:

Evaluación pericial psicológica
Daño psíquico
Informe pericial psicológico

Keywords:

Expert psychological assessment
Psychological damage
Forensic psychological report

RESUMEN

La valoración del daño psíquico es una de las demandas más habituales realizadas al psicólogo forense por parte de los distintos operadores jurídicos dentro del Derecho penal. Partiendo de las características del contexto de exploración forense y los datos arrojados desde el campo de la psicopatología, en el presente trabajo se pretenden abordar las principales dificultades a las que se enfrenta el perito en la evaluación del daño psíquico con el objetivo de ayudar al diseño del proceso de evaluación de estas periciales. Se propone también un formato de informe psicológico forense del daño psíquico.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Psychological forensic assessment of psychological damage: A proposal for an expert performance protocol

ABSTRACT

The assessment of psychological damage is one of the most common demands to forensic psychologists by the different agents within the criminal legal system. According to the characteristics of the context of forensic evaluations and the data obtained from the study of psychopathology, the current paper attempts to address the main difficulties faced by the expert in the assessment of psychological damage, in order to help design the evaluation process of these reports. A format for the forensic evaluation of victims is also proposed.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

La Psicología forense, pericial o psicología aplicada a los tribunales es la rama de la Psicología Jurídica que aplica sus conocimientos y técnicas para ayudar a jueces y tribunales en su toma de decisiones (Muñoz et al., 2011).

El psicólogo forense es, por tanto, el especialista en la realización de valoraciones psico-legales, actividad técnica que consiste en poner en relación aspectos del funcionamiento psicológico con cuestiones jurídicas. Esta actividad técnica se lleva a cabo a través del proceso de evaluación pericial psicológica y es transmitida al operador jurídico demandante a través del informe psicológico forense, que se convierte en un medio probatorio más dentro del proceso judicial (Muñoz et al., 2011).

La valoración del daño psíquico se contextualiza dentro de la jurisdicción penal y es de interés jurídico principalmente por tres aspectos (Esbec, 2000):

- Facilita la calificación del hecho al Ministerio Fiscal
- Facilita al juez el establecimiento de las indemnizaciones
- Puede ser tenido en cuenta para fundamentar hechos probados

En relación con el último aspecto, no debe confundirse la utilización de la valoración del daño psíquico para fundamentar hechos probados con valoraciones sobre la *credibilidad* de las alegaciones de las víctimas. En este sentido, la investigación proveniente de la Psicología del Testimonio insiste en lo inadecuado del uso de algunas técnicas de análisis de credibilidad, incluso para el campo para el que originalmente fueron propuestas, el abuso sexual de menores o personas con discapacidad (Diges, 2010; Manzanero, 2010).

La valoración psico-legal implica que el perito debe transformar cuestiones jurídicas a términos psicológicos. El concepto legal de daño psíquico haría alusión a todos aquellos desajustes psicológicos derivados de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal (psicopatología traumática). Debe diferenciarse, en este sentido, entre el concepto de daño psíquico y daño moral. El primero haría referencia a las consecuencias psicológicas derivadas del delito, siendo un concepto con base empírica, medible y obje-

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: jmvforensic@yahoo.es

tivable y, por tanto, objeto de la intervención pericial. El segundo, haría referencia a todo aquel sufrimiento de la persona derivado del perjuicio a bienes inmateriales como el honor o la libertad siendo un concepto impreciso, no científico y sin posibilidad de cuantificación empírica y, por tanto, objeto de valoración por el juez y no por el perito (Esbec, 2000).

El daño psíquico puede adoptar dos formas en terminología jurídica: lesión psíquica, que hace referencia a una alteración clínicamente significativa que afecta en mayor o menor grado la adaptación de la persona a los distintos ámbitos de su vida (personal, social, familiar o laboral), y secuela psíquica, que se refiere a la estabilización y consolidación de esos desajustes psicológicos (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004). Para delimitar la secuela psíquica debemos introducir un elemento cronológico (2 años desde la exposición al delito) y valorar la intervención clínica realizada. La cristalización de la lesión psíquica (secuela) suele expresarse, desde el punto de vista psicopatológico, mediante la aparición de rasgos desajustados en la personalidad de base que dificultan la adaptación del sujeto a su entorno (i.e., dependencia emocional, suspicacia, hostilidad y aislamiento social).

Psicopatología y victimización criminal

Evaluar el impacto psíquico derivado de la exposición a una sujeta situación de victimización criminal implica un amplio manejo por parte del perito de la psicopatología asociada a la vivencia traumática.

Siguiendo la perspectiva traumatogénica, una situación de victimización criminal es un estresor psicosocial de primera magnitud en la vida de una persona, ya que es algo infrecuente en las experiencias humanas, desborda las estrategias de afrontamiento del sujeto y supone un grave riesgo para su seguridad. Estas situaciones son experimentadas, en la mayoría de los casos, con una fuerte emocionalidad negativa (vivencia traumática), susceptible de desestabilizar el estado psicológico del sujeto (Echeburúa, 2004).

Frente a otras vivencias traumáticas (i.e., desastres naturales, accidentes, muerte repentina de un ser querido, etc.) las situaciones de victimización criminal tienen una mayor probabilidad de producir un impacto negativo en el estado psicológico del afectado (la probabilidad pasa de un 15-20% para los primeros casos, al 50-70% en los segundos) ya que provocan sensación de indefensión y vulnerabilidad, suponen la pérdida de la confianza en nuestros semejantes y despiertan sentimientos de ira y vergüenza (Echeburúa, Amor y De Corral, 2006).

Para valorar adecuadamente el impacto de una situación de victimización criminal debemos recurrir a la teoría del estrés transaccional (Lazarus y Folkman, 1986). Desde esta perspectiva el efecto de la exposición a un estresor de elevada magnitud estará en función de la interacción entre variables individuales y contextuales de la persona y la propia situación de victimización, donde se incluyen procesos cognitivos, emocionales y comportamentales, previos al suceso criminal, propio del mismo y posterior a este. La víctima desde este modelo teórico no es un agente pasivo en relación al suceso, sino que tiene un papel activo en el proceso de ajuste (Soria, 2002).

Por otro lado, estudios realizados desde la psicología positiva están evidenciando que la respuesta más común ante una experiencia traumática, aún de corte delictiva, es la resiliencia (35-55%), seguida de la recuperación espontánea (15-35%); únicamente un reducido grupo de personas desarrollarían una patología traumática, bien de carácter demorado (5-10%) o crónico (10-30%) (Bonanno, 2005). Desde esta perspectiva se critica el modelo traumatogénico por la sobreestimación de la respuesta traumática y los posibles efectos iatrogénicos derivados, al facilitar la perpetuación del afectado en el rol de víctima y ralentizar su proceso de readaptación (Vázquez, 2005).

La magnitud del impacto psíquico asociado a una situación de victimización criminal estará modulada por distintos factores, que tra-

dicionalmente se han agrupado en tres grupos: factores relacionados con el delito, factores de protección o resiliencia y factores de vulnerabilidad (Echeburúa et al., 2004).

A partir de los criterios de la teoría del estrés¹, se han descrito tres fases en la evolución del daño psíquico derivado de una situación de victimización criminal (tabla 1):

Tabla 1

Fases en la evolución del daño psíquico (elaboración propia a partir de Soria, 2005)

Fase	Duración	Características
Shock o desorganización	De minutos a horas (reacción inmediata)	Shock activo: agitación, gritos, enturbiamiento de la conciencia, hiperactivación, deambulación. Shock pasivo: catatonía, paralización o hipoactividad motriz, deambulación, enturbiamiento de la conciencia.
Reorganización	De semanas a meses (reacción a corto plazo)	Tipo I: sintomatología traumática aguda. Tipo II: negación (reacción postraumática retardada).
Readaptación	Variable (6 meses a 2 años) (reacción a largo plazo)	Recuperación o cronificación de la sintomatología traumática.

El aspecto temporal del proceso de victimización también ha de ser tenido en cuenta por el perito. Así, el periodo más idóneo para evaluar el daño psíquico se sitúa en torno a los 3-4 meses posteriores al hecho delictivo. Dicho lapso temporal facilita una adecuada valoración del curso y pronóstico del cuadro clínico (Soria, 2002). En las primeras actuaciones procesales inmediatas al delito puede demandarse la intervención del psicólogo forense para valorar la capacidad procesal de la persona denunciante, evitando situaciones de inseguridad jurídica. También puede solicitarse al perito psicólogo una intervención en crisis que permita, tras la estabilización del estado psicológico de la persona, el desarrollo de la diligencia judicial oportuna con las adecuadas garantías procesales (i.e., toma de declaración, reconocimiento en rueda, etc.). En esa circunstancia, si se diera el caso de que posteriormente se solicitara del técnico una evaluación pericial, ésta debería ser realizada por otro psicólogo forense para salvaguardar la objetividad e imparcialidad que la actuación asistencial pudiera haber contaminado.

Los cuadros clínicos que más se han asociado a experiencias traumáticas, siguiendo la nomenclatura DSM han sido (tabla 2):

Tabla 2

Cuadros clínicos asociados a experiencias traumáticas (elaboración propia a partir de Sosa y Capafóns, 2005)

Trastornos de ansiedad	Trastornos disociativos	Otros cuadros clínicos
Trastorno por estrés agudo (F.43.0). Trastorno de estrés postraumático (F43.1).	Amnesia disociativa (F44.0). Fuga disociativa (F44.1). Trastorno de identidad disociativo (F44.81). Trastorno por despersionalización (F48.1).	Trastorno psicótico breve con desencadenantes graves (F23.81). Trastorno de conversión (F44.X). Trastorno de somatización (F45.0). Trastorno límite de personalidad (F60.31).

La perspectiva nosológica es de interés en victimología forense para realizar valoraciones sobre el pronóstico clínico de la lesión psíquica, orientar sobre la terapéutica más adecuada y valorar el grado de incapacidad funcional de la secuela psíquica.

Sin duda, el cuadro clínico más representativo en psicopatología traumática es el trastorno de estrés postraumático (en adelante TEPT) (Echeburúa, De Corral y Amor, 1998). Sin embargo, son muchas las controversias surgidas en torno a su uso y aplicación, entre las que destaca su capacidad para recoger la complejidad de la respuesta traumática (Crespo y Gómez, 2012). La alta comorbilidad que presentan los sujetos con este diagnóstico pudiera ser un indicador de sus limitaciones en este sentido: entre un 80-85% presentan otro diagnóstico psicopatológico² (Pérez y Vázquez, 2006). Como alternativa a esta situación se ha planteado otra entidad nosológica, el trastorno de estrés postraumático complejo (en adelante TEPTC) (Herman, 1992; Taylor, Asmundson y Carleton, 2006), todavía en vías de validación por la comunidad científica internacional (López-Soler, 2008) (tabla 3).

Tabla 3
Diferencias entre el TEPT y el TEPTC

TEPT (DSM-CIE)	TEPTC (Herman, 1992)
1. Manifestaciones de reexperimentación: flashbacks, pesadillas o recuerdos. Son de naturaleza intrusiva, acaparan toda la atención del sujeto y provocan reacciones de terror intenso. Estas manifestaciones también aparecen cuando se expone a los sujetos a estímulos que recuerdan el trauma. 2. Respuestas de evitación y embotamiento emocional: incapacidad para experimentar emociones. 3. Hiperactivación psicofisiológica: hipervigilancia, alteraciones en el patrón del sueño, respuestas exageradas de sobresalto, dificultad para concentrarse, irritabilidad y ataques de ira.	1. Alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos: desregulación emocional (ira), conductas autodestructivas, ideación suicida, inapetencia sexual, asunción excesiva de riesgos. 2. Alteraciones en la atención y la conciencia: dificultades en la atención y concentración, amnesia, episodios disociativos transitorios y despersonalización. 3. Alteraciones en la autopercepción: sentimientos de culpabilidad y vergüenza, sentimientos de ineficacia, incompreensión, minimización. 4. Alteraciones en la percepción del victimario: aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias. 5. Alteraciones en las relaciones interpersonales: desconfianza, sensación de vulnerabilidad y peligro. 6. Somatización y/o problemas médicos. 7. Alteraciones de los esquemas mentales (sistema de significados): desesperanza acerca del mundo y del futuro, sentimientos de equidad, pérdida del sentimiento de seguridad e invulnerabilidad.

Grosso modo, el TEPT se ha asociado más a delitos de impacto (i.e., robos con violencia, violación, etc.), mientras el TEPTC se ha relacionado con delitos de desarrollo prolongado (i.e., mobbing, violencia de pareja, abuso sexual intrafamiliar, secuestros prolongados, etc.)².

El curso y evolución del TEPT es muy variable, aunque predomina la naturaleza transitoria de los síntomas (Vázquez, 2005). De las personas que desarrollan un TEPT, la mayoría se recupera totalmente entre los 12-24 meses; únicamente una minoría presentará un TEPT crónico (Sosa y Capafóns, 2005).

Respecto al tratamiento más eficaz para el TEPT se señala la terapia cognitivo conductual con técnicas de exposición (en imaginación o in vivo), reestructuración cognitiva y técnicas de manejo de ansie-

dad. De forma simultánea, en algunos casos es necesario tratamiento farmacológico (antidepresivos, estabilizadores del estado del ánimo u otros fármacos como los antiadrenérgicos y las benzodiazepinas) (Báguena, 2008).

Junto al estado psicológico/psicopatológico el perito psicólogo siempre deberá valorar la estructura de personalidad de base del evaluado. El estilo de personalidad aparece como un factor de vulnerabilidad/protección en psicopatología traumática (*vide infra*), modulando la expresión de los trastornos psicológicos (eje I) o conformando por sí mismo un área de desajuste clínicamente significativo, es decir, un trastorno de personalidad (Muñoz y Echeburúa, en prensa).

Simulación, sobresimulación y disimulación

Simular implica la invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico con el propósito de obtener un beneficio personal (Inda, Lemos, López y Alonso, 2005). En ocasiones lo que se simula ya no es la patología en sí, sino su intensidad (sobresimulación). Los trastornos mentales más propicios para el fingimiento son el TEPT, los cuadros psicóticos, las demencias, las toxicomanías, los trastornos disociativos y el retraso mental (Delgado, Esbec y Rodríguez, 1994). Estos fenómenos cobran en el contexto forense una especial relevancia como demuestran sus altos índices de prevalencia (González, Santamaría y Capilla, 2012).

La detección de la disimulación, ocultación de síntomas para obtener un beneficio, resulta especialmente compleja, ya que la persona evaluada adopta una actitud defensiva tanto hacia la exploración pericial psicopatológica como a la administración de pruebas complementarias. Sin acceso a la historia clínica, la exploración forense puede verse seriamente limitada (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011). La disimulación suele llevarse a cabo con objeto de evitar un internamiento involuntario, en procesos de incapacitación civil, en la evaluación de la aptitud para el desempeño de un puesto de trabajo y la capacidad contractual, en procesos para valorar la idoneidad de guarda y custodia de menores o en procesos de tutela/curatela de incapacitados (Esbec, 2012). En el campo de la victimología forense se puede dar la paradoja de que personas que sufren daño psíquico, por la exposición a una situación de victimización, disimulen su estado clínico para evitar perjuicios en otros ámbitos legales (i.e., mujer víctima de violencia en su relación de pareja que se esfuerce por ocultar su sintomatología por temor a que sea valorada negativamente en el procedimiento civil de guarda y custodia). Los cuadros clínicos más tendentes a la disimulación son la depresión, el trastorno por ideas delirantes y el consumo de tóxicos (Delgado et al, 1994.).

Los criterios clínicos (i.e., DSM) para detectar simulación presentan escasa validez predictiva (80% de falsos positivos, Roger, 1990), por lo que se aconseja una *estrategia multimétodo-multisistema* para afrontar este diagnóstico diferencial. El proceso de evaluación de la simulación implica el uso de criterios diagnósticos múltiples en oposición a la utilización de una única prueba, la combinación de pruebas de *screening* de simulación (i.e., Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas, SIMS), junto a pruebas de amplio espectro psicopatológico que cuenten con indicadores de validez (i.e., Inventario de Evaluación de la Personalidad, PAI, Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota-2, MMPI-2, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota-2-Reestructurado, MMPI-2-RF) y el contraste de información con diversas fuentes. La hipótesis de la simulación cobrará más fuerza en el proceso evaluativo cuando la convergencia de datos procedentes de diferentes fuentes y métodos indique claras inconsistencias con la clínica, curso y evolución del supuesto cuadro clínico (González et. al, 2012).

Algunos signos de sospecha surgidos de la práctica pericial son (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999; Ruiz, 2007):

- Falta de cooperación con el perito, actitud defensiva ante la evaluación con parquedad en la información aportada, discrepan-

- ciaentre los datos suministrados por el peritado y la documentación existente (necesario vaciado de autos antes de enfrentar la exploración pericial).
- b. Inexistencia documental de los trastornos aludidos (no intervenciones clínicas previas).
 - c. Falta de adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos y/o psicoterapéuticos.
 - d. Utilización de términos técnicos generales para describir su estado mental (e.g., ansiedad, depresión, etc.) advirtiéndose dificultad para explicar de una forma concisa y funcional la sintomatología que engloba el término (conceptos vacíos de contenido).
 - e. Escasos o nulos avances terapéuticos (en algunos casos incluso se refiere un empeoramiento tras la intervención sin fundamento clínico).
 - f. Recidivas contingentes con determinadas actuaciones judiciales en relación al proceso legal.
 - g. El peritado "predice" su empeoramiento o su falta de mejoría.
 - h. En la historia clínica del paciente aparece alguna intervención por la patología que pretende simular en la actualidad o el peritado cuenta con formación clínico-sanitaria o en su contexto próximo se ha padecido dicho trastorno. Una experiencia anterior facilitará una reproducción clínica más realista de los síntomas.
 - i. No se aprecia urgencia en el peritado para terminar con su condición psicopatológica.
 - j. Conformación de base de personalidad propia de personalidades inmaduras (cluster B). Especial capacidad de simulación por su virtuosismo en el arte del engaño tienen las personalidades psicopáticas.
 - k. Es frecuente que los simuladores cedan al sesgo confirmatorio de preguntas periciales sugestivas y/o sugerentes de dificultades o alteraciones psicopatológicas.

La psicopatología traumática y en particular el TEPT es una de las patologías más tendentes a la simulación en el contexto forense, habitualmente asociado a la demanda de compensación o al beneficio social y a intentar conseguir una pena superior para el infractor (Guija, 2009; Knoll y Resnick, 2006).

En la evaluación de la simulación se está sugiriendo la utilidad de aplicar técnicas psicofisiológicas, que midan los cambios biológicos asociados a la reexperimentación de una vivencia traumática (i.e., incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, aumento de la sudoración, etc.). En este sentido, también se han encontrado patrones cerebrales disfuncionales en las pruebas de neuroimagen para el TEPT (Robles y Medina, 2008). Si bien es cierto que esta tecnología en la actualidad no estaría al alcance de la mayoría de los dispositivos forenses.

La dificultad en la detección de la simulación estriba en la ausencia de signos específicos e inequívocos de dicha condición. Por tanto, el perito deberá ser cauto a la hora de plasmar su impresión de una posible simulación en el informe pericial, utilizando el diagnóstico de sospecha (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999). Por otro lado, la facilidad para acceder a información clínica por parte de la población general (i.e., internet, manuales, etc.) complica esta labor pericial (Guija, 2009).

El proceso de evaluación pericial psicológica

La evaluación psicológica forense comparte, desde el punto de vista metodológico, características comunes a toda evaluación psicológica, a la vez que presenta una serie de particularidades que conforman la idiosincrasia de esta actividad técnica. Las importantes consecuencias derivadas del informe pericial psicológico obligan al perito psicólogo a cuidar escrupulosamente las cuestiones técnicas y deontológicas de su intervención (Ackerman, 2010).

Al igual que cualquier otra evaluación psicológica, la desarrollada en el contexto forense debe regirse por los mismos principios que cualquier otra actividad científica, es decir, debe ser un proceso estructurado que permita su replicabilidad (transparencia en el proceso de evaluación), requiere de la formulación y contraste de hipótesis e implica un proceso de toma de decisiones para llegar a la solución de un problema evaluativo (Fernández-Ballesteros, 2007).

Además las características propias del contexto de exploración forense y el objeto de la intervención del psicólogo en este ámbito delimitan las características propias y claramente diferenciales del proceso de evaluación pericial psicológica (Echeburúa et al., 2011):

- La persona evaluada está inmersa en un proceso judicial, motivo de la intervención del psicólogo, no existiendo, por tanto, voluntariedad por parte de la persona sujeta a la exploración o se trata de una voluntariedad mediada por la estrategia de defensa de su letrado (informes periciales de parte).
- El paso por un proceso judicial es un estresor de primera magnitud para las personas, lo que supondrá un factor distorsionador de los datos de la exploración. Especialmente importante para el psicólogo será atender al *error fundamental de atribución* (explicar los desajustes psicológicos atendiendo principalmente a factores de la persona, subestimando la incidencia de los factores situacionales).
- Las ganancias secundarias derivadas del carácter probatorio de todo informe psicológico forense aumentan la probabilidad de manipulación de la información aportada por los evaluados, ya que pueden obtener un beneficio o evitar un perjuicio. Por tanto, será fundamental para el perito psicólogo contrastar los datos expuestos por los peritados con múltiples fuentes de información. Por otro lado, el profesional debe estar atento para no sugerir respuestas, así como a cualquier indicador de distorsión de la información.
- El objeto de toda exploración pericial psicológica es dar respuesta a la demanda realizada desde el ámbito jurídico, es decir, realizar una valoración psico-legal. Desde un punto de vista técnico, esta intervención implica conocer qué áreas del funcionamiento psicológico han de ser exploradas a tenor del objeto de la pericial y conocer la investigación científica en el campo para poder aplicar criterios decisivos basados en la evidencia empírica.

En victimología forense el perito psicólogo trabajará con dos tipos de hipótesis: *hipótesis basadas en el supuesto de cuantificación* (comprobar la existencia de desajustes psicológicos en la persona evaluada y delimitar su entidad clínica) e *hipótesis basadas en el supuesto de semejanza* (comparar hasta qué punto el perfil psicopatológico encontrado en un grupo de sujetos expuestos a una situación de victimización criminal semejante a la denunciada por la persona evaluada se encuentra presente en ésta). El perito psicólogo siempre trabajará con una hipótesis y la contraria, evitando así fenómenos como la profecía autocumplida o el efecto Pigmalión (Rosenthal, 2002).

El instrumento vertebrador de todo el proceso de evaluación psicológica forense será la entrevista pericial que adopta un formato semiestructurado con un estilo indirecto de recogida de información. Además de su riqueza, la entrevista, al ser una técnica interactiva, orientará al perito sobre qué contenidos deben ser evaluados mediante otros instrumentos.

En el transcurso de la entrevista el psicólogo forense realizará la exploración pericial psicopatológica. En el proceso de objetivar el daño psíquico el perito atenderá a la diferencia entre signo y síntoma. El signo, a diferencia del síntoma, es observable de forma objetiva y cuantificable o mesurable a través de procedimientos distintos a la apreciación subjetiva del evaluado.

No obstante, el perito no debe centrarse únicamente en la detección de signos/síntomas, sino que debe aplicar criterios para valorar la significación clínica de los mismos (Mesa y Rodríguez, 2007):

- Malestar emocional o sufrimiento subjetivo expresado por el evaluado (síntomas descritos y perfil psicopatológico arrojado por las pruebas psicodiagnósticas aplicadas).
- Pérdida de libertad y de autonomía.
- Falta parcial o total de adaptación al entorno.
- Vulneración de las normas sociales o morales.

Además, se pueden añadir dos características que afectarían a las personas que se relacionan con el evaluado: incomprensión de la conducta y malestar o sufrimiento personal.

Respecto a la utilización de estos criterios, existen unas pautas para su aplicación:

- Ningún criterio es, por sí mismo, indicador de trastorno mental.
- Ningún criterio es, por sí mismo, suficiente para determinar la significación clínica de los desajustes advertidos.
- La significación clínica debe ser siempre definida en virtud de varios criterios.

Para el proceso de contraste de hipótesis el psicólogo forense cuenta con todo el elenco de pruebas de evaluación psicológica. Una limitación es la escasez de instrumentos elaborados específicamente para su aplicación en el contexto forense. Para la evaluación del daño psíquico suelen utilizarse pruebas de amplio espectro psicopatológico, específicas de sintomatología traumática y de otros desajustes psicológicos asociados a vivencia victimizante. Como ya se ha señalado, también deberemos atender a la estructura básica de personalidad (tabla 4).

En la elección de pruebas tendrán prioridad las pruebas psicométricas, ya que cuentan con mayor aval científico (índices elevados de fiabilidad y validez, así como normativización de datos) si bien, al haber sido construidas principalmente para el contexto clínico, su eficacia decrece en el contexto forense (Fariña, Arce y Sotelo, 2010). A pesar de ello facilitan la detección de distorsiones en el estilo de afrontamiento del evaluado a la prueba, al contar con escalas de control de respuesta.

Las pruebas proyectivas, por su parte, por la falta de estructuración de sus elementos, son más difíciles de manipular pero introducen una elevada subjetividad en su interpretación, no aconsejándose el uso exclusivo de pruebas proyectivas en el proceso de evaluación forense (Vázquez-Mezquita, 2005).

La experiencia forense sugiere que resulta más útil la utilización de pruebas psicológicas para cuantificar la intensidad del daño psíquico que para demostrar su existencia (Calcedo, 2000).

En cualquier caso, la calidad del proceso de evaluación pericial psicológica no se circunscribe únicamente al aval científico de los instrumentos empleados, sino que también vendrá delimitada por la utilización de distintos métodos de evaluación para una misma dimensión psicológica dentro del proceso de contraste de hipótesis. Los índices de convergencia determinarán la calidad de la evaluación forense por encima de los índices de fiabilidad y validez de las pruebas individuales (Muñoz y Echeburúa, en prensa).

Factores moduladores del impacto psíquico tras una experiencia victimizante

Como ya se ha señalado, el impacto psíquico del delito está modulado por distintos factores que tradicionalmente según Echeburúa et al. (2004) se agrupan en:

1. Factores relacionados con la situación de victimización denunciada.
2. Factores de vulnerabilidad
3. Factores de protección

Dentro de los factores relacionados con la situación de victimización criminal atenderemos a:

- Parámetros cuantitativos: frecuencia, intensidad y duración
- Parámetros cualitativos: nivel de vejación/humillación vivenciado por la persona denunciante.
- Lazo de afectividad con el agresor
- Consecuencias negativas múltiples derivadas del delito

A mayor frecuencia, intensidad y duración de la situación de victimización, a mayor vivencia de vejación o humillación por parte de la persona denunciante, a mayor vinculación afectiva con el imputado y a mayores consecuencias negativas derivadas del delito, mayor será la probabilidad de que los hechos denunciados hayan dejado una huella psicopatológica en la persona evaluada.

Los factores de vulnerabilidad son todas aquellas circunstancias personales y contextuales de la supuesta víctima que pueden amplificar y perpetuar el impacto del delito en su estado psíquico. En este sentido, no deben ser confundidos con los factores de riesgo, de nulo interés forense, que serían aquellas circunstancias personales o contextuales del individuo que aumentan la probabilidad de convertirse en víctima de un delito (elevan la oportunidad delictiva).

Entre los factores de vulnerabilidad de la víctima se han señalado (Echeburúa, 2009; Pérez y Vázquez, 2006):

a) Desajustes en la personalidad de base:

- Déficit en el rasgo apertura (dificultad para adaptarse a los cambios).
- Desregulación emocional
- Pobre autoconcepto y baja autoestima
- Estilo atribucional interno respecto a la responsabilización del delito (la persona se responsabiliza del delito bien por conductas que ha llevado a cabo, bien por aspectos de su personalidad).
- Estilo atribucional externo respecto a la capacidad de superación del trauma (afrontamiento pasivo).
- Bajo nivel intelectual
- Limitaciones en la capacidad de resolución del duelo (percepción del delito como algo extremadamente grave e irreversible).
- Trastorno de personalidad (Eje II)

Tabla 4
Ejemplo de pruebas de aplicación para valorar daño psíquico

Psicopatología General	TEPT	Psicopatología asociada	Estructura Personalidad
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2-Revisado (MMPI-2RF)	- Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) (Crespo y Gómez, 2012)	- Inventario Multiescala de Disociación (MDI) (Briere, 2002)	- 16PF-5 Cuestionario Factorial de Personalidad
- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PARI)	- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa et al., 1997)	- Inventario de Auto-Capacidades Alteradas (IASC) (Biere, 2000)	- Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)	-Inventario de Síntomas Traumáticos (TSI) (Briere, 1995)	- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al., 1970)	
- Test de Rorschach	- Evaluación Detallada del Estrés Postraumático (DAPS) (Foa, 1995)	-Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1979)	
		-Escala de Autoestima de Rosemberg (Rosemberg, 1989)	

- b) Exposición a anteriores experiencias victimizantes
- c) Pobre red de apoyo social
- d) Reacción negativa del entorno (tanto en el sentido de falta de credibilidad y apoyo como de una excesiva sobreprotección).
- e) Padecer una psicopatología previa (Eje I)
- f) Exposición a otros estresores vitales importantes (i.e., fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo, ruptura de pareja, diagnóstico de una enfermedad grave, etc.).
- g) Uso de alcohol y/o drogas como estrategia de afrontamiento

Los factores de protección o resiliencia comprenderían todas aquellas circunstancias personales y contextuales que amortiguarían el impacto del delito. Dentro de estos factores se han señalado (Carrolles y Benevides, 2009; Rojas, 2010; Vázquez, Castilla y Hervás, 2009):

- a) Variables de personalidad:
 - Control emocional
 - Adecuado autoconcepto y autoestima con aceptación de las limitaciones personales.
 - Flexibilidad cognitiva
 - Tendencia al optimismo
 - Estilo atribucional externo respecto a la responsabilidad del delito.
 - Estilo atribucional interno respecto a la capacidad de superación del trauma (afrontamiento activo y sensación de ser capaz de controlar el curso de los acontecimientos).
 - Tendencia a experimentar emociones positivas
- b) Estrategias de reinterpretación positiva de situaciones y hechos adversos.
- c) Apoyo social y participación en actividades sociales
- d) Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.).
- e) Afrontamiento de las dificultades cotidianas
- f) Aficiones gratificantes y gran variedad de intereses
- g) Sentido del humor
- h) Existencia de un propósito significativo en la vida
- i) Recibir apoyo psicológico profesional

La excesiva adhesión al modelo médico-legal por parte de la psicología forense ha conllevado una focalización de la atención en la evaluación pericial psicológica del daño psíquico en la detección de signos psicopatológicos derivados del delito en detrimento de la evaluación de los factores de protección. En este sentido la investigación señala que hay personas que no solo mitigan el impacto de una situación delictiva por sus factores de protección, sino que salen fortalecidos de la experiencia -crecimiento postraumático (Vázquez et al., 2009).

Victimización Secundaria

La victimización secundaria constituye el conjunto de costes personales que sufre la persona denunciante de un delito por su paso por el sistema de justicia.

Entre los factores que contribuyen a la victimización secundaria se han señalado (Albertín, 2006):

- Dar prioridad a la búsqueda de la realidad objetiva del suceso delictivo olvidando la atención a la víctima o despersonalizando su trato.
- La falta de información sobre la evolución del proceso, sobre la sentencia y sobre el destino del imputado.
- La falta de un entorno de intimidad y protección
- Desconocimiento por parte de la víctima de los roles de los distintos profesionales que intervienen en el proceso judicial, lo que su-

pone una dificultad para establecer relaciones adecuadas: intencionalidad de las preguntas, imposibilidad de explicación, momento de intervención, etc.

- La excesiva lentitud del proceso judicial y su interferencia con el proceso de recuperación y readaptación de la víctima.
- Durante la vista oral, la descripción del delito, el cuestionamiento de su credibilidad y el contacto con el ofensor son importantes inductores de tensión.

La reciente propuesta realizada por el Ministerio de Justicia de crear el *Estatuto de la Víctima de Delito*, entre otros aspectos, trata de minimizar la victimización secundaria.

La exposición de la persona evaluada a factores de victimización secundaria también deberá tenerse en cuenta en la valoración forense del daño psíquico por su contribución al estado psicológico o a la evolución clínica (Sarasua, Zubizarreta, De Corral y Echeburúa, 2012). En algunos casos incluso se puede solicitar del perito psicólogo que valore la repercusión que para la estabilidad psicológica de la persona denunciante puede suponer su intervención en el juicio oral. En estas situaciones el técnico puede sugerir alternativas legales para minimizar los posibles efectos negativos sin vulnerar las garantías procesales del imputado, como por ejemplo la declaración mediante videoconferencia.

Diseño del proceso de evaluación pericial del daño psíquico

Atendiendo a la demanda psico-legal podemos protocolizar la evaluación pericial del daño psíquico en los siguientes pasos:

1.- Análisis de la potencialidad del hecho delictivo denunciado para producir desajustes en el estado mental de la persona (capacidad traumática); para ello el perito psicólogo se servirá de las descriptivas aportadas por la persona denunciante en relación a la supuesta situación delictiva vivida. Cuando existe una desproporción clara entre el suceso y los indicadores clínicos detectados, una vez descartada la simulación el suceso puede ser necesario pero no suficiente y habría que atender a los factores de vulnerabilidad del sujeto en la explicación de su estado psicológico actual (Robles y Medina, 2008).

Para el caso de determinadas situaciones de victimización criminal (i.e., violencia de pareja o acoso laboral) en las que se cuenta con criterios definitorios de las mismas, según distintas investigaciones al respecto, esta descriptiva también servirá para realizar los oportunos análisis diferenciales, por ejemplo entre violencia de pareja o relación disfuncional (Johnson, 2008), o entre *mobbing* y *burnout* (González-Trijueque, 2007).

2.- Detección de desajustes psicológicos en la persona evaluada a través del proceso de evaluación pericial psicológica (valoración de la lesión psíquica, perspectiva idiográfica) y establecer un diagnóstico nosológico con arreglo a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales (OMS o APA). De especial interés será descartar posible simulación o sobresimulación.

3.- Análisis de la relación de causalidad. Para ello el perito deberá comparar, a modo de guía, los desajustes encontrados en la persona evaluada con los datos encontrados en grupos de sujetos expuestos a situaciones de victimización criminal similares (perspectiva nomotética).

Para establecer la relación de causalidad se atenderá a la coherencia entre los síntomas y su evolución con la experiencia victimizante descrita por la persona evaluada. En este análisis resulta fundamental realizar una valoración de posibles concausas. Las concausas hacen referencia a factores bio-psico-sociales que, aunque necesarios, no son suficientes para generar los desajustes psicológicos detectados en la persona evaluada, pero complican el cuadro clínico (Esbec, 2000). Las concausas pueden ser pre-existentes (i.e., desajustes en la personalidad de base, revictimización o presencia de una psicopato-

logía previa), simultáneas (i.e., consecuencias negativas múltiples derivadas del delito) o posteriores (i.e., exposición a otros estresores vitales importantes, uso de alcohol/drogas como estrategia de afrontamiento inadecuada, reacción negativa del entorno o contar con una pobre red social). La dificultad principal está en delimitar la incidencia de las concausas en el estado psicopatológico actual de la persona evaluada (Echeburúa et al., 2004). En algunos casos, en los que existe una psicopatología previa (i.e., trastorno límite de personalidad), es especialmente complicado delimitar si la clínica detectada en el momento de la exploración corresponde a la propia dinámica del cuadro o se trata de una desestabilización producida por los supuestos hechos denunciados.

De especial complejidad para el perito psicólogo resulta también descubrir la exposición de la persona evaluada a otros estresores psicosociales con capacidad para generar el cuadro clínico detectado. Por ejemplo, en un caso trabajado por el autor se objetivó sintomatología traumática compatible con los supuestos hechos denunciados (i.e., violencia por parte de la pareja), si bien la investigación posterior señaló que dicha vivencia traumática se debía a la posibilidad de que se descubriera la doble vida que llevaba la persona evaluada (i.e., se anunciaba en páginas web para mantener relaciones masoquistas).

4.- Valoración del impacto psíquico: tiempo de curación y secuela. Son los dos factores relacionados directamente con la indemnización económica derivada del delito (Guija, 2009).

La valoración de la secuela psíquica incluye atender a tres criterios:

- Criterio cronológico (dos años después de la exposición a la situación de victimización denunciada). Como esperar dos años dilataría en exceso el proceso judicial, además de contribuir a la victimización secundaria, lo que suele realizarse por el perito psicólogo es una estimación del tiempo de curación y posible secuela, para lo cual resultará imprescindible contar con información clínica del paciente.
- Estabilización de la sintomatología
- Estancamiento de la terapia aplicada. El perito valorará si la intervención clínica ha sido la adecuada y si ha existido adherencia al tratamiento por parte de la persona evaluada (*vide infra*).

El tiempo de curación ha de fijarse por el perito en número de días, cuestión altamente difícil en el campo psicopatológico. Para realizar dicha valoración es fundamental que el perito pondere la siguiente información: a) si la persona evaluada se ha sometido a tratamiento clínico, b) si este tratamiento ha sido dirigido por el profesional/dispositivo adecuado, c) si la intervención seguida es la apropiada según la evidencia empírica disponible (i.e., guías de tratamientos psicológicos eficaces) y d) si ha existido adecuada adherencia al tratamiento por parte de la persona evaluada. En el caso de que no se cumplan estas condiciones será difícil valorar si el estado clínico residual se debe a la situación de victimización denunciada, a una inadecuada intervención clínica o a la desidia de la persona evaluada.

5.- Valoración del grado de incapacidad funcional. Al no existir baremo específico para las situaciones de victimización criminal el baremo de responsabilidad civil de vehículos a motor (Ley 21/2007, de 11 de julio) ha sido reconocido por la jurisprudencia (STS, de lo Civil, de 14 de junio de 2007) como orientativo para supuestos distintos a los de tráfico (Guija, 2009). La valoración de la secuela psíquica debe realizarse, en primer lugar, atendiendo a un diagnóstico recogido en las clasificaciones internacionales de los desórdenes mentales y, después, atendiendo a la disminución de la capacidad funcional de la persona evaluada, derivada del cuadro clínico y reflejada en los diferentes ámbitos de su vida: social, personal, laboral y familiar (Robles y Medina, 2008).

Los cuadros psicopatológicos postraumáticos, sin existencia de trastorno orgánico cerebral, recogidos en dicho baremo y su respectiva puntuación son:

Descripción de las secuelas	Puntuación
Trastorno depresivo reactivo	5-10
Trastorno por Estrés Postraumático	1-3
Otros trastornos neuróticos	1-5
Agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)	5-25
Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales	1-10

Comparando estos cuadros con las secuelas orgánicas (físicas o psíquicas), es evidente la pobreza de cuadros clínicos recogidos y la escasa puntuación asignada a los mismos. Algunas interpretaciones al respecto aluden a la dificultad para objetivar el daño psíquico, a la incidencia de concausas en la cronicidad del mismo y a la facilidad de simulación o sobresimulación como causa de este agravio comparativo. También se critica la falta de criterios uniformes y homogeneizados en la utilización de este baremo (Guija, 2009).

Propuesta de estructuración del informe pericial psicológico del daño psíquico

No existe regulación legal con respecto al informe pericial, más allá de las sugerencias recogidas en el artículo 478 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, por lo que ha sido la práctica forense la que ha ido confeccionando las pautas para la elaboración del informe pericial (Illescas, 2005).

La estructura básica ya ha sido propuesta en otro trabajo (Gómez-Hermoso, Muñoz, Vázquez-Mezquita, Gómez y Mateos, 2012):

1.- Título que permita conocer el carácter del informe y a su vez diferenciarlo de otro tipo de informes psicológicos que puedan estar aportados en el procedimiento judicial (i.e., informes clínicos): informe psicológico forense o informe pericial psicológico.

2.- Datos identificativos, tanto del perito (nombre, número de colegido y formación específica en el terreno forense) como los referentes al procedimiento y al órgano judicial que conoce del caso.

3.- Objeto del informe, epígrafe donde constará el motivo de la demanda pericial. El informe deberá responder a la misma.

4.- Metodología. Se recogerá la metodología utilizada que puede organizarse de la siguiente forma: a) entrevistas y observaciones, b) pruebas aplicadas, c) contacto con otros dispositivos/profesionales y d) análisis de la información obrante en el expediente judicial.

5.- Parte descriptiva, en la cual se expondrá de manera organizada (a través de distintos epígrafes) la información de interés recabada para contestar al objeto de la pericial. Se propone la siguiente estructuración: a) desarrollo psicobiográfico y situación actual, b) descripción subjetiva de los hechos denunciados (elaboración cognitiva y vivencia emocional), d) exploración pericial psicopatológica y e) resultado de las pruebas aplicadas.

6.- Consideraciones forenses. Este apartado recogerá dos actividades técnicas: a) la integración y análisis de toda la información recogida en la parte descriptiva y b) la toma de decisiones. En este apartado deberán discutirse las inconsistencias encontradas en la integración de los datos si las hubiera. Este epígrafe se puede organizar en los siguientes puntos: a) sobre los hechos denunciados, b) sobre el estado psicológico de la persona evaluada, c) sobre el estado psicológico y su relación con los hechos denunciados y d) sobre el grado de incapacidad funcional.

7.- Conclusiones. Se formularán numeradas, de forma comprensible, breve y concisa. Las conclusiones deben derivarse de forma natural de la lectura del informe. No deben incluir datos que antes no hayan sido presentados y analizados. Se aconseja dirigir nuestras conclusiones a la instancia judicial con el trato pertinente. Se propo-

nen las siguientes fórmulas: a) “El perito firmante ha redactado el contenido del presente informe con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender” y b) “Lo que tengo el honor de informar a Su Señoría”.

8.-Por último se consignará en el informe el lugar, fecha, firma y aclarafirmas. El perito psicólogo deberá firmar siempre el informe con nombre y apellidos, incluir su número de colegiado e indicar la fecha en la que se ha elaborado/emitado, delimitando así la validez temporal y contextual de este. Se recomienda incluir una cláusula (en forma de nota): “El presente informe es el resultado de una evaluación psicológica referida solo a las circunstancias concretas del contexto en que fue solicitado; por tanto, no debe utilizarse en casos ni momentos diferentes a este. Si se produjese una modificación sustancial en alguna de las circunstancias consideradas procedería una nueva evaluación”.

Conclusiones

La evaluación psicológica forense del daño psíquico es una actividad compleja debido a los distintos factores que pueden incidir en la respuesta de una persona ante una situación de victimización criminal (inexistencia de un perfil único de víctima), la dificultad de objetivación del estado mental (habitualmente se cuenta únicamente con la experiencia subjetiva de la persona evaluada) y la facilidad de fingimiento de los trastornos mentales. Por tanto, resulta difícil determinar la presencia o ausencia de un hecho delictivo atendiendo al estado psíquico de la supuesta víctima.

El perito psicólogo debe contar con conocimientos amplios y actualizados en psicopatología traumática, así como en técnicas y habilidades de evaluación forense.

Una adecuada preparación del proceso de evaluación pericial, la adopción de una perspectiva multimétodo-multidimensión y el contraste de la información aportada por el peritado con diversas fuentes de datos, contribuirá a una intervención forense eficaz.

El psicólogo forense debe incorporar a su intervención la investigación proveniente de la psicología positiva y atender en su evaluación del daño psíquico a los posibles factores de protección de la víctima, tanto para explicar la posibilidad de existencia del delito, a pesar de la ausencia de impacto psíquico, como para realizar una adecuada prospección respecto a la evolución clínica de la persona evaluada.

La intervención forense deberá prestar especial atención para evitar cualquier situación que contribuya a la victimización secundaria. En este sentido, el perito tendrá especial cuidado de no transmitir al evaluado incredulidad con respecto a las descriptivas aportadas y/o de devolver valoraciones morales relativas a su comportamiento.

El informe psicológico forense es el resultado último de toda la actividad técnica llevada a cabo por el perito. Deberá estar organizado y redactado de forma clara y sencilla, de manera que facilite su comprensión por los distintos operadores jurídicos. Recogerá todos los datos manejados por el perito y los criterios técnicos utilizados por éste para llegar a las conclusiones expuestas. El informe psicológico forense, una vez aportado al expediente judicial, es un medio más de prueba y como tal está sujeto al principio de contradicción, es decir, al análisis y réplica de las partes. Una falta de transparencia al respecto supondría colocar a la persona evaluada en una situación de indefensión jurídica.

Como retos de futuro, la exploración pericial del daño psíquico necesita de la elaboración de instrumentos de medida adecuados al contexto forense, investigación que relacione el daño psíquico con las peculiaridades de cada situación de victimización criminal (agresión sexual adulta, abuso sexual infantil, mobbing, bullying, violencia de pareja, etc.), con objeto de facilitar una toma de decisiones periciales basada en la evidencia. Todo ello articulado dentro de una formación específica y especializada del psicólogo forense.

Conflicto de intereses

El autor de este artículo declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

Notas

¹Según este modelo teórico las reacciones postratumáticas son reacciones normales a una situación anormal (Sánchez y Soria, 1993).

²El TEPT tiene comorbilidad principalmente con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo (Echeburúa, De Corral y Amor, 2011).

³Los delitos de impacto se producen durante un periodo relativamente breve y los procesos evaluativos y de afrontamiento de la víctima se producen una vez ha cesado el suceso. Los delitos de desarrollo prolongado generalmente suponen una relación víctima-victimario prolongada en el tiempo. Tanto la evaluación cognitiva como el afrontamiento se produce aún dentro del mismo suceso, asimismo pueden aparecer periodos de relativa calma en la violencia que facilitan el mantenimiento de la relación delictual (Soria, 2002).

Referencias

- Ackerman, M. J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment* (2nd Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Albertín, P. (2006). Psicología de la victimización criminal. En M. A. Soria y D. Sáiz (Eds.), *Psicología criminal* (pp. 245-274). Madrid: Pearson.
- Báguena, M. J. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J. M. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Pirámide.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *American Psychological Society*, 14(3), 135-138.
- Calcedo, A. (2000). Evaluación forense. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 287-299). Barcelona: Masson.
- Carrobes, J. A. y Benevides, A. M. (2009). El estrés y la psicología positiva. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 363-374). Madrid: Pirámide.
- Crespo, M. y Gómez, M. M. (2012). La evaluación del estrés postraumático: presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clinica y Salud*, 23, 25-41.
- Delgado, S., Esbec, E. y Rodríguez, F. (1994). Simulación en psiquiatría forense: aspectos generales y detección. En S. Delgado (Ed.), *Psiquiatría legal y forense* (pp. 1381-1416). Madrid: Colex.
- Diges, M. (2010). Testimonio y sugestión. En A. Medina, M. J. Moreno, R. Lillo y J. A. Guija (Eds.), *Valoración de la capacidad y eficacia del testimonio* (pp. 69-105). Madrid: Triacastela.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 527-555.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y De Corral, P. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M. Tamarit (Eds.), *Manual de Victimología* (pp. 285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). ¿Por qué las víctimas no reaccionan de la misma manera ante un mismo suceso traumático? Factores de protección y factores de vulnerabilidad. En A. Medina, M. J. Moreno, R. Lillo y J. A. Guija (Eds.), *El sufrimiento de la víctima. Psiquiatría y Ley* (pp. 161-184). Madrid: Triacastela.
- Echeburúa, E., Muñoz, J. M. 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*, 11(1), 141-159.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. J. (2011). Trastorno de estrés postraumático y estrés agudo. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 266-285). Madrid: Pirámide.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (1999). Signos de sospecha en la simulación de trastornos mentales. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 35-44.
- Esbec, E. (2000). El psicólogo forense en el proceso penal. Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo (Eds.), *Psicología forense y tratado jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 153-217). Madrid: Edisofer.
- Esbec, E. (2012). Trastornos psicóticos: A propósito de un caso en el contexto forense (penal). En H. González, P. Santamaría y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 637-675). Madrid: TEA Ediciones.
- Fariña, F., Arce, R. y Sotelo, A. (2010). ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la simulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, 65-79.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2007). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Gómez-Hermoso, M. R., Muñoz, J. M., Vázquez-Mezquita, B., Gómez, R. y Mateos, N. (2012). *Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense del riesgo de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (VCOMP)*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

- González, H., Santamaria, P. y Capilla, P. (2012): La simulación como estilo de respuesta. En H. González, P. Santamaria y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 19-64). Madrid: TEA Ediciones.
- González-Trijuque, D. (2007). El acoso psicológico en el lugar de trabajo: una aproximación desde la psicología forense. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 41-62.
- Guija, J. A. (2009). Aspectos psiquiátricos-forenses de la valoración de la víctima. En A. Medina, M. J. Moreno, R. Lillo y J. A. Guija (Eds.), *El sufrimiento de la víctima. Psiquiatría y Ley* (pp. 28-56). Madrid: Triacastela.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Illescas, A. V. (2005). Práctica y valoración del dictamen pericial. En *Psicología del Testimonio y prueba pericial. Cuadernos de Derecho Judicial*, 7, 106-295.
- Inda, M., Lemos, S., López, A. M. y Alonso, J. L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles de Psicólogo*, 26, 99-108.
- Johnson, M. (2008). *A typology of domestic violence: intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.
- Knoll, J. y Resnick, P. J. (2006). The detection of malingered post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 629-647.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Manzanero, A. L. (2010). *Memoria de testigos. Obtención y valoración de la prueba testifical*. Madrid: Pirámide.
- Mesa, P. J. y Rodríguez, J. F. (2007). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, J. M., Manzanero, A., Alcázar, M. A., González, J. L., Pérez, M. L. 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*, 21, 3-14.
- Muñoz, J. M. y Echeburúa, E. (en prensa). La evaluación pericial psicológica: propuestas de estructuración y pautas para la elaboración del informe psicológico forense. En J. M. Pozuelo, *Manual de Psicología Jurídica, Psiquiatría Forense y Psicopatología Criminal*. Madrid: EOS.
- Pérez, P. y Vázquez, C. (2006). Factores que influyen en la respuesta traumática. En P. Pérez (Ed.), *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora* (pp. 147-161). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Robles, J. I. y Medina, J. L. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid: Síntesis.
- Rogers, R. (1990): Development of a new classificatory model of malingering. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 323-333.
- Rojas, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa
- Rosenthal, R. (2002). Covert communications in classrooms, clinics, courtrooms, and cubicles. *American Psychologist*, 57, 839-849.
- Ruiz, M. P. (2007). Detección y valoración pericial de la simulación o producción intencionada de síntomas, en un caso práctico de mobbing. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 165-178.
- Sánchez, A. y Soria, M. A. (1993). Intervención psicológica con víctimas del delito. En M. A. Soria (Ed.), *Las víctimas entre la justicia y la delincuencia* (pp. 101-118). Barcelona: P.P.U.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia Psicológica*, 30(3), 7-18.
- Soria, M. A. (2002). La evaluación de la victimización criminal. En M. A. Soria (Ed.), *Manual de psicología penal forense* (pp. 623-654). Barcelona: Atelier.
- Soria, M. A. (2005). Psicología de la victimización criminal. En M. A. Soria (Ed.), *Manual de psicología jurídica e investigación criminal* (pp. 149-165). Madrid: Pirámide.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. (2005). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis.
- Taylor, S., Asmundson, G. J., y Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 459-472.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EEUU) y del 11 M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.), *Emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vázquez-Mezquita, B. (2005). *Manual de Psicología Forense*. Madrid: Pirámide.