

¿CÓMO EVALUAR LAS LESIONES PSÍQUICAS Y LAS SECUELAS EMOCIONALES EN LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS?

Enrique Echeburúa¹

Paz de Corral

Universidad del País Vasco

Resumen

En este artículo se hace un estudio sobre la evaluación clínica y forense del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. Se hace una revisión de los factores de vulnerabilidad y de protección en las víctimas. Se señalan las áreas más significativas de evaluación en las víctimas de delitos violentos. Asimismo se concede una especial atención a la evaluación en el contexto forense. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y forense y para las investigaciones futuras en este ámbito.

PALABRAS CLAVE: *Daño psicológico, víctimas de delitos violentos, evaluación clínica, contexto forense.*

Abstract

The aim of this paper was to review current knowledge about the assessment of psychological harm in crime-victims, both in forensic and clinical practice. Vulnerability and resilience factors of victims are reviewed. The main assessment areas in crime-victims are indicated. Likewise, detailed attention to appropriate methods and procedures for conducting forensic evaluations is provided. Finally, implications of this study for clinical and forensic practice and for future research in this field are commented upon.

KEY WORDS: *Psychological harm, crime-victims, clinical assessment, forensic practice.*

¹ Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avda. de Tolosa, 70, (20018), San Sebastián. E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

Introducción

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Desde esta perspectiva, una víctima es un ser humano sufriente por el daño provocado por otro ser humano. En las víctimas hay, por ello, un *componente objetivo* (la agresión sufrida) y un *componente subjetivo* (la interferencia negativa en la vida cotidiana, que puede revestir diversas formas: reacciones emocionales graves, incapacidad de rehacer su vida, dificultades para establecer proyectos de futuro, etcétera) (Echeburúa, 2004).

El daño psicológico generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho delictivo son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un secuestro finalizado con el pago de un cuantioso rescate por parte de la familia de la víctima o en el superviviente de un accidente que ya no puede volver a ejercer su profesión.

La resonancia del hecho traumático puede ir más allá de las víctimas directas. El delito violento puede compararse a una piedra arrojada en un estanque. La *onda* expansiva actúa en círculos concéntricos. En el primer círculo se encuentran las víctimas directas. El segundo círculo está constituido por los familiares, que tienen que afrontar el dolor de sus seres queridos y readaptarse a la nueva situación. Y puede haber un tercer círculo, correspondiente a los compañeros de trabajo, a los vecinos o, en general, a los miembros de la comunidad, que pueden quedar afectados por el temor y la indefensión ante acontecimientos futuros (Trujillo, 2002).

En general, las víctimas son incómodas para la gente porque recuerdan la fragilidad del ser humano y exponen en toda su crudeza los límites de la crueldad humana.

La medicina y el derecho penal han prestado atención a las *lesiones físicas* de las víctimas, pero han hecho caso omiso, hasta fechas muy recientes, del *daño psicológico*, que es, en realidad, como una *herida invisible*. De hecho, el daño psicológico sólo está presente como tal en el Código Penal en el caso de la violencia familiar, de las sectas destructivas y del “*mobbing*” laboral.

La evaluación del daño psíquico sufrido en las víctimas es importante para planificar el tratamiento, así como para tipificar los daños criminalmente, establecer una compensación adecuada o determinar la incapacidad laboral. Sin embargo, habitualmente se hace referencia a los daños somáticos y, de hecho, hay una baremación estandarizada de las lesiones corporales (en relación con los accidentes de coche o con las víctimas de un atentado), pero apenas se presta atención a la valoración de los daños psíquicos. Más en concreto, en la Ley Orgánica de los Seguros Privados 34/03, de 4 de noviembre (tabla VI), el daño psicológico apenas se valora. Así, por ejemplo, el trastorno de estrés postraumático se valora en un rango de 1 a 3 puntos sobre 100 (5 veces menos que en la ley anterior 30/95); y los así llamados otros *trastornos neuróticos* se valoran de 1 a 5 puntos. Es decir, el valor asignado al daño psicológico es pequeño y con una tendencia a darle aún menos valor.

Daño Psicológico

Los sucesos generadores de daño psicológico suelen ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado y la pérdida violenta de un ser querido.

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* producidas por un delito violento; y por otro, a las *secuelas emocionales* que pueden persistir en la víctima de forma crónica y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (*Figura 1*). Lo que está alterado, en definitiva, es la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación (Pynoos, Sorensen y Steinberg, 1993).



Figura 1. Daño psicológico

Se trata de un proceso que cursa habitualmente en fases. En una primera etapa suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento global, caracterizado por lentitud, un abatimiento general, unos pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones. La víctima se encuentra metida como en una *niebla intelectual* (Trujillo, 2002). En una segunda fase, a medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de "*shock*", se abren paso vivencias afectivas de un colorido más dramático: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, que alternan con momentos de profundo abatimiento. Y, por último, hay una tendencia a revivir intensamente el suceso, bien de forma espontánea o bien en función de algún estímulo concreto asociado (como un timbre, un ruido o incluso un olor) o de algún estímulo más general (una película violenta, el aniversario del delito, el cumpleaños, la celebración de la Navidad, etcétera) (*Tabla 1*).

Tabla 1. Fases habituales en el daño psicológico (Echeburúa, 2004)

<ul style="list-style-type: none"> • Reacción de sobrecogimiento • Vivencias afectivas dramáticas <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dolor ▶ Indignación ▶ Ira ▶ Culpa ▶ Miedo • Tendencia a revivir intensamente el suceso
--

Según el artículo 147 del Código Penal vigente, a efectos de imputar como delito al agresor, se considera la existencia de lesión psíquica en la víctima sólo cuando requiere un tratamiento. Si no requiere tratamiento (sólo una primera asistencia facultativa), se trata de una falta (tipificada en el artículo 617.1).

Lesiones psíquicas

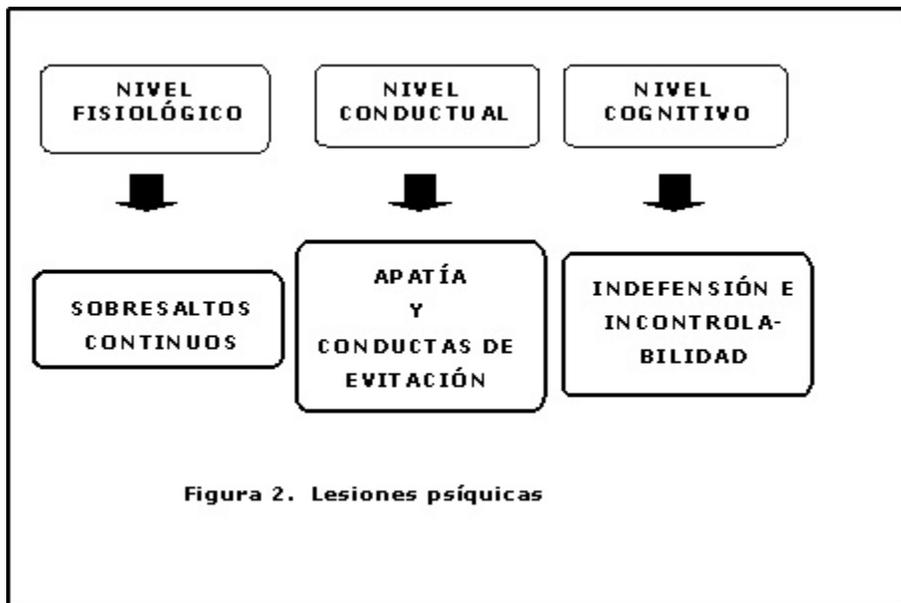
La lesión psíquica se refiere a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber experimentado un suceso violento y que la incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social.

Este concepto de *lesión psíquica*, que es medible por medio de los instrumentos de evaluación adecuados, ha sustituido al de *daño moral*, que es una noción más imprecisa, subjetiva y que implica más una percepción de perjuicio a los bienes inmateriales del honor o de la libertad que el sufrimiento psíquico propiamente dicho (*Tabla 2*).

Las lesiones psíquicas más frecuentes son las alteraciones adaptativas (con un estado de ánimo deprimido o ansioso), el trastorno de estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala. Más en concreto, a un nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión (de estar a merced de todo tipo de peligros) y de incontrolabilidad (de carecer de control sobre su propia vida y su futuro); a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos y problemas para tener un sueño reparador; y, por último, a nivel de las conductas observables, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana (Acierno, Kilpatrick y Resnick, 1999) (*Figura 2*).

Tabla 2. Daño psíquico en víctimas de delitos violentos (Esbec, 2000, modificado)

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento).
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual.



Secuelas emocionales

Las secuelas emocionales, a modo de *cicatrices psicológicas*, se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un *menoscabo de la salud mental*.

Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de sucesos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad, según el apartado F62.0 de la *CIE-10* (Organización Mundial de la Salud, 1992), es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptables (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etcétera) que se mantienen durante, al menos, 2 años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000).

Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático (F43.1), que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un suceso violento (Echeburúa *et al.*, 2002).

La dificultad de valoración de las secuelas emocionales estriba en la evaluación *post hoc*, en donde no siempre es fácil delimitar el daño psicológico de la inestabilidad emocional previa de la víctima, así como en la necesidad de establecer un pronóstico diferido (curabilidad/incurabilidad).

Víctimas de Riesgo

Las *víctimas de riesgo* tienen una cierta predisposición a convertirse en víctimas de un delito violento porque constituyen una presa fácil para el agresor; las *víctimas vulnerables*, a su vez, tienen una mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional tras haber sufrido un delito violento (sean o no víctimas de riesgo). Se trata, por tanto, de dos conceptos distintos.

Los *factores de riesgo* aluden a una mayor atracción del agresor para elegir a una víctima cuya agresión pueda quedar impune. Así, algunos factores de riesgo son *estables* (pertenecer al sexo femenino, ser joven, ser inmigrante, vivir sola, carecer de recursos familiares y sociales, padecer una deficiencia mental, etcétera); otros, por el contrario, son *situacionales* (haber consumido alcohol o drogas en exceso en lugares nocturnos, frecuentar entornos marginales o peligrosos o estar enamorada de un toxicómano o de un hombre violento). En estos casos puede haber una imprudencia temeraria por parte de la víctima.

Por lo que se refiere específicamente a la violencia familiar, el mayor riesgo para la mujer es cuando se trata de parejas muy jóvenes, sobre todo cuando lo es la mujer y cuenta con una escasa formación o con problemas de dependencia económica. El perfil de riesgo está constituido por una mujer con antecedentes de maltrato (como víctimas o como testigos) o de

abuso sexual en la infancia, con una deficiencia o alteración psíquica o física, con una personalidad débil o poco asertiva, con baja autoestima, con carencias afectivas, con una dependencia económica del agresor, con un aislamiento social y familiar y con unos roles sociales tradicionales fuertemente enraizados. En la violencia de pareja el momento de máximo riesgo físico para la mujer puede ser el momento de la separación, cuando la mujer se rebela y cuando él se da cuenta de que la separación es algo inevitable. Cortar esos *lazos traumáticos* requiere, con frecuencia, la ayuda de otras personas o de mecanismos sociales protectores (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

En cuanto al abuso sexual en la infancia, los menores de mayor riesgo son las niñas carentes de afecto, con una situación familiar conflictiva o desestructurada, en donde hay una ausencia del padre biológico y en donde son frecuentes el maltrato del padre (o padrastro) a la madre o la enfermedad crónica de la madre (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Factores de vulnerabilidad/factores de protección

La mayor o menor repercusión psicológica de una conducta violenta en una persona depende de su *vulnerabilidad psicológica*, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, y de su *vulnerabilidad biológica*, que surge de forma innata y que está relacionada con un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar, a modo de caja de resonancia, el daño psicológico de la violencia en la víctima.

En algunas víctimas la baja autoestima y el desequilibrio emocional preexistente, sobre todo si va acompañado de una dependencia al alcohol y a las drogas y de aislamiento social, agravan el impacto psicológico de la violencia y actúan como moduladores entre el hecho violento y el daño psíquico (Avia y Vázquez, 1998). De hecho, ante acontecimientos traumáticos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamente traumatizadas (*Figura 3*).

Desde una perspectiva psicológica, un nivel bajo de inteligencia (sobre todo, cuando hay un historial de fracaso escolar), una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza. Estas personas cuentan con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para hacerse con el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otros delitos violentos o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo, cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares y cuando hay un divorcio de los padres antes de la adolescencia de la víctima (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999).



Pero los factores psicosociales desempeñan también un papel muy importante. Así, por ejemplo, un apoyo social *próximo* insuficiente y la escasa implicación en relaciones sociales y en actividades lúdicas dificultan la recuperación del trauma. Pero también es importante la influencia del apoyo social *institucional*, es decir, del sistema judicial, de la policía o de los medios de comunicación.

En síntesis, el grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado real de riesgo experimentado, las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima (Baca y Cabanas, 2003). Como se puede observar en la vida cotidiana, hay personas que se muestran *resistentes* a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, 1998; Seligman, 1999).

Las personalidades resistentes al estrés se caracterizan por el control emocional, la autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida. Todo ello posibilita echar mano de los recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a los sucesos negativos vividos, superar las adversidades y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales. Este tipo de personalidad funciona como un amortiguador o como una vacuna protectora que tiende a debilitar la respuesta de estrés (Brooks y Goldstein, 2004) (Tabla 3).

Tabla 3. Personalidades resistentes al estrés

- Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo
- Estilo de vida equilibrado
- Apoyo social y participación en actividades sociales
- Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.)
- Afrontamiento de las dificultades cotidianas
- Aficiones gratificantes
- Sentido del humor
- Actitud positiva ante la vida
- Aceptación de las limitaciones personales
- Vida espiritual

Evaluación Clínica

El objetivo de la evaluación psicológica en la víctima de un delito violento es valorar el tipo de daño psicológico existente para determinar la conveniencia de un tratamiento psicológico y, en su caso, para establecer los objetivos terapéuticos adecuados.

Lo que se trata de evaluar es el grado de malestar emocional generado por el acontecimiento violento, así como los recursos psicológicos disponibles, los estresores actuales y el grado de inadaptación consecutivo al suceso vivido.

La evaluación del daño psicológico en una víctima de un suceso violento requiere un análisis cuidadoso de la victimización sufrida, que no se corresponde necesariamente con un cuadro clínico concreto. No obstante, el malestar emocional se suele expresar habitualmente en forma del trastorno de estrés postraumático o por medio de síntomas de ansiedad y de depresión. En uno y otro caso la autoestima de la víctima y su adaptación a la vida cotidiana suelen quedar profundamente alteradas.

Al referirse el daño psicológico a diferentes ámbitos de la persona, el protocolo de evaluación utilizado debe ser amplio y variado, sin ser repetitivo ni excesivamente prolijo, para poder elaborar un perfil individualizado del daño psicológico sufrido y contar con la colaboración de la víctima. Los instrumentos de medida más adecuados para la evaluación de todos estos síntomas figuran expuestos en la *Tabla 4*.

Tabla 4. Instrumentos de evaluación del daño psicológico (Echeburúa, 2004)

SÍNTOMAS	INSTRUMENTOS	PUNTOS DE CORTE
Síntomas psicopatológicos generales	<i>Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R)</i>	63 (GSI)
Estrés postraumático	<i>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)</i>	15
Ansiedad	<i>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>	31 (mujeres) 28 (hombres)
Depresión	<i>Inventario de Depresión (BDI)</i> <i>Escala de Valoración de la Depresión (HRS)</i>	18 18
Autoestima	<i>Escala de Autoestima (EAE)</i>	29
Inadaptación	<i>Escala de Inadaptación (EI)</i>	12

a) Pruebas generales

El *Cuestionario de 90 síntomas según el DSM-III-R (SCL-90-R)* (Derogatis, 1977; versión española de TEA, 2002) consta de 90 ítems, que se agrupan en torno a 10 escalas de psicopatología general: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y una escala adicional. También cuenta con 3 medidas globales: el GSI (sufrimiento global del sujeto), el PSDI (intensidad sintomática) y el PST (número de síntomas). Se considera un caso psiquiátrico cuando el sujeto obtiene una puntuación GSI mayor o igual a una puntuación T de 63.

b) Pruebas específicas

- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Es una entrevista estructurada que sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico -según los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000)- en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*. El rango de las puntuaciones es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta si se establece un punto de corte global de 15, y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente.

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982).

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte en el *STAI-Estado* (correspondiente al percentil 75) es de 31 para la población femenina y de 28 para la población masculina.

- *Inventario de Depresión (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997).

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos.

- *Escala de Valoración de la Depresión (HRS)* (Hamilton, 1960) (versión española de Conde y Franch, 1984).

Es una escala heteroaplicada que consta de 21 ítems (rango: 0-62 puntos) y que cuantifica la sintomatología depresiva de los pacientes, especialmente las alteraciones somáticas y conductuales. Suele ser empleada de forma complementaria al *Inventario de Depresión de Beck*. El punto de corte establecido para esta escala es de 18 puntos.

- *Escala de Autoestima (EAE)* (Rosenberg, 1965).

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 10 ítems (rango: 10-40 puntos) y que mide el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La mitad de los ítems están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de autoestima. El punto de corte en la población adulta es de 29. La versión española de esta escala se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998).

- *Escala de Inadaptación (EI)* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).

Es un instrumento de autoevaluación que consta de 6 ítems (rango: 0-30 puntos) y mide el grado en que el suceso traumático afecta a la adaptación global, así como a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación.

Dictámenes periciales

El objetivo de los dictámenes periciales en las víctimas de los delitos violentos es valorar el daño psicológico existente, así como determinar la validez del testimonio (especialmente en los casos de agresiones sexuales).

Respecto a la evaluación del daño psicológico, el informe forense tiene como objetivo, en unos casos, probar la existencia de un delito; en otros, reparar el daño causado a la víctima. En los dictámenes periciales el enfoque general de la exploración psicológica de la víctima debe centrarse en los siguientes puntos:

- a) Línea de adaptación anterior al delito violento, tanto a nivel social y laboral como familiar y emocional.
- b) Línea actual de adaptación.
- c) Reacción readaptativa tras el suceso: afrontamiento del suceso; resultados del afrontamiento.
- d) Nexo de causalidad entre la inadaptación actual y el delito sufrido.
- e) Pronóstico en relación con el futuro, que puede depender del tiempo transcurrido desde la agresión, del funcionamiento actual respecto a la situación anterior al delito y del tipo y cantidad de recursos sociales y personales con que cuenta la víctima.

En el caso de un mal funcionamiento psicológico previo hay que tener en cuenta dos puntos: a) qué aspectos del problema actual son atribuibles a la situación previa a la victimización; y b) qué perfiles de la victimización han sido potenciados por la situación de previctimización o de personalidad previa.

La utilización de fuentes de información distintas de la víctima (testigos, compañeros, familiares, etcétera) y de métodos de evaluación diversos (entrevistas y cuestionarios) permite al evaluador enriquecer su perspectiva y evitar ser cuestionado por basarse sólo en lo que el sujeto dice.

Aun con sus limitaciones, las escalas de sinceridad de los autoinformes suponen una garantía de seguridad (relativa) en el ámbito forense. Así, por ejemplo, una escala como el *SCL-90-R* ofrece un mayor interés que el *MMPI* a nivel clínico, porque es más corta, remite a síntomas actualmente presentes y se muestra sensible al cambio terapéutico. Sin embargo, es más fácilmente manipulable porque no hay ningún control de sinceridad. Por ello, el *MMPI*, aun siendo más farragoso y más impreciso, es mucho más utilizado a nivel forense porque cuenta con las escalas de validez (L, F y K) (Echeburúa, Amor y Corral, 2003).

No obstante, una experiencia clínica amplia del psicólogo, sobre todo cuando se lleva a cabo una entrevista no limitada exclusivamente a los síntomas concretos del paciente (que incluya el historial previo, el estilo de vida, etcétera), contribuye a atenuar las posibles distorsiones procedentes de la simulación o del autoengaño del paciente.

Las fuentes de distorsión disminuyen también cuando la evaluación se lleva a cabo en el marco de una alianza terapéutica positiva entre el psicólogo clínico y el paciente, con conocimiento del objetivo de la evaluación por parte de este último, con instrucciones claras, con instrumentos de medida adecuados y no demasiado largos y con preguntas redactadas o formuladas de forma clara, unívoca y apropiada al nivel cultural del sujeto. Asimismo, en el caso de los autoinformes, la distorsión de las preguntas es menor cuando el sujeto cumplimenta los cuestionarios en presencia del psicólogo clínico (Esbec, 2000; Matesanz, 1997).

Por lo que se refiere a la validez del testimonio, en la práctica forense se suele solicitar cuando la víctima ha sufrido una agresión sexual. La credibilidad del testimonio no debe quedar empañada por la crítica -directa o encubierta- al estilo de vida de la víctima. Lo que interesa del testimonio es que sea *creíble* (cuando los afectos, cogniciones y conductas del sujeto son comprensibles y derivables de la narración de la víctima) y *válido* (cuando el recuerdo es una representación adecuada y la identificación es correcta) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Lo que confiere validez a un testimonio es la verosimilitud de lo narrado, especialmente cuando hay además algún tipo de corroboraciones objetivas, la reiteración en el discurso (sin ambigüedades ni contradicciones básicas) y la congruencia entre el lenguaje verbal y las emociones expresadas, así como la ausencia de variación en la descripción de los hechos y la falta de incredibilidad subjetiva por razones de resentimiento, venganza u odio.

Recientemente se ha utilizado el peritaje del daño psicológico en la víctima como prueba de la existencia de una relación sexual no consentida. Esto tiene interés en aquellos casos en que el agresor reconoce la existencia de una relación sexual, pero niega la falta de

consentimiento por parte de la víctima. El interés del dictamen pericial deriva de que, al haber tenido lugar la relación a solas, no hay testigos de la misma y de que lo que está en juego es la palabra del agresor contra la palabra de la víctima. La existencia del daño psicológico -y, en concreto, del trastorno de estrés postraumático- en la víctima puede constituir una prueba de una relación sexual no consentida.

En concreto, en el daño psicológico hay cuatro cuestiones esenciales que el perito debe evaluar:

- a) ¿Tiene el suceso traumático suficiente gravedad como para haber causado el cuadro clínico actual?
- b) ¿Cuál es la historia psiquiátrica y de victimización anterior del sujeto?
- c) ¿Está basado el diagnóstico del cuadro clínico actual exclusivamente en los informes subjetivos de la víctima?
- d) ¿Cuál es el nivel actual de deterioro psiquiátrico funcional de la víctima?

En cualquier caso, las falsas denuncias son poco frecuentes en el ámbito de las agresiones sexuales de víctimas adolescentes o adultas. No obstante, pueden darse cuando responden a diversas motivaciones espurias: venganza por sentimientos de despecho; relaciones consentidas bajo los efectos del alcohol de las que luego la víctima se arrepiente; embarazos no deseados; obtención de una indemnización; conflictos pasionales, etcétera.

Tampoco son habituales los testimonios falsos (fenómeno de *simulación*) cuando se trata de niños afectados por abusos sexuales, excepto en los casos en que uno de los cónyuges induce al menor a hacer un testimonio falso, malinterpretando el significado de ciertas expresiones de cariño, para vengarse de su ex pareja o para obtener algún beneficio (por ejemplo, quitar la custodia de los hijos al otro cónyuge o alterar el régimen de visitas). Estas situaciones pueden ocurrir especialmente en los divorcios conflictivos.

Sin embargo, es más frecuente en los niños retractarse de un testimonio de abuso sexual (fenómeno de *disimulación*) bajo la presión de la familia. Muchas de las retractaciones son falsas. El niño, asustado por el impacto de su revelación a nivel familiar o judicial o directamente presionado por la familia, puede echarse atrás en sus acusaciones iniciales.

Si bien es verdad que el niño tiene por naturaleza una mayor tendencia a la fantasía -tanto mayor cuanto menor sea su edad-, que sus facultades mentales se están desarrollando y que, por tanto, carece de madurez psicológica, en ningún caso se debe descartar su testimonio *a priori* (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

La exploración psicológica de un niño debe tener en cuenta los conocimientos sexuales del menor, la posible existencia de otras denuncias formuladas por él o por otros familiares, el desarrollo evolutivo del niño y la existencia de alteraciones psicopatológicas, así como los efectos actuales de la denuncia sobre el menor y, en conjunto, sobre la familia.

Además de la entrevista con el niño, el perito puede recurrir a otros procedimientos diagnósticos complementarios, como los dibujos, los muñecos anatómicos, etcétera, sobre todo cuando el niño es menor de 6 años. Asimismo la información proporcionada por otros profesionales (pediatras, maestros, trabajadores sociales, etcétera) puede ser de gran ayuda en estas circunstancias. (*cfr.* Cantón y Cortés, 2000).

Conclusiones

En general, los sucesos más traumáticos -las agresiones sexuales, los secuestros, la muerte de un ser querido, etcétera- dejan frecuentemente en las víctimas huellas devastadoras y secuelas imborrables, a modo de *cicatrices psicológicas*, y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Finkelhor, 1999).

Sin embargo, muchas víctimas se muestran *resistentes* a la aparición de miedos intensos, de gravedad clínica, tras la experimentación de un suceso traumático. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, 1998).

El conocimiento del daño psicológico, así como la necesidad de su evaluación, no son una cuestión meramente académica. De lo que se trata, en última instancia, es de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente en los casos precisos, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y evitar la creación de nuevas víctimas (Esbec, 2000; Garrido, Stangeland y Redondo, 2001). Por lo que se refiere a la evaluación del daño psicológico en el ámbito forense, el control de la simulación (por ejemplo, en el ámbito de las discapacidades) y de la disimulación de síntomas (por ejemplo, en el ámbito de la violencia de pareja) es un reto de futuro. Siempre que sea posible, una evaluación adecuada debe incluir la información recogida a partir de distintas *modalidades* (tanto cuestionarios y entrevistas como la observación directa de la conducta, si es factible hacerlo, por ejemplo en la cárcel o en el hospital) y de diferentes *fuentes* (por ejemplo, el paciente y su pareja o un niño y sus padres y maestros). Sólo así se consigue una *validación transversal* de los autoinformes (Echeburúa *et al.*, 2003).

Por último, la prevención primaria y secundaria del daño psicológico es un reto para los próximos años. De este modo, se trata de identificar a las personas de riesgo y de actuar preventivamente sobre ellas para hacer menos probable el padecimiento de conductas violentas, así como de detectar a las víctimas vulnerables que ya han sufrido una agresión para desarrollar sobre ellas programas específicos de intervención terapéutica y de apoyo social.

Referencias

- Acierno, R., Kilpatrick, D.G. y Resnick, H.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors, and comorbidity. En P.A. Saigh y J.D. Bremner (Eds.). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA. Allyn & Bacon, Inc.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza.
- Baca, E. y Cabanas, M.L. (Eds.) (2003). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press (version española, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1984).
- Brooks, R. y Goldstein, S. (2004). *El poder de la resiliencia*. Barcelona. Paidós.
- Cantón, J. y Cortés, M.R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid. Pirámide
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid. Laboratorios Upjohn.
- Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90-R. Manual I: Scoring, Administration, and Procedures for the SCL-90*. Baltimore. John Hopkins University, School of Medicine (version española, Madrid, Ediciones TEA, 2002).
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 503-522.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.
- Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2001). *Principios de criminología (2ª ed.)*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 53-62.
- Matesanz, A. (1997). *Evaluación estructurada de la personalidad*. Madrid. Pirámide.

- Pynoos, R., Sorenson, S. y Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.). New York. Free Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton. Princeton University Press.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.
- Seligman, M. E. (1999). *Niños optimistas*. Barcelona. Grijalbo.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press (version española, Madrid, Ediciones TEA, 2002).
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid. Aguilar.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978/Reliability and norm data of the Spanish version of the 1978 Beck Depression Inventory. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.