

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE.



TECNOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Guía del Estudiante

Autor guía:

JESÚS ARMANDO RÍOS TONGUINO

Doctor en Psicología Clínica

Magister en Psicología Clínica y de la Salud

Máster en Psicología Jurídica y Perito en Salud Mental

Máster en Hipnosis Clínica

Magister en Educación

Especialista en Educación Superior a Distancia

Especialista en Educación, Cultura y Política

Psicólogo. Licenciado en filosofía. Filósofo

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

El programa académico Tecnología en Investigación de Accidentes de Tránsito, de la Dirección Nacional de Escuelas, busca responder a la problemática existente en el país en materia de accidentalidad y afectaciones al tránsito, evidenciada a diario en las vías nacionales, departamentales y municipales, en donde los comportamientos de peatones, conductores o pasajeros, las condiciones técnico mecánicas de los vehículos y en especial el estado de la vía o las condiciones del entorno, conllevan a la ocurrencia de accidentes, por tal razón se hace indispensable que los egresados del programa Tecnología en Investigación de Accidentes de Tránsito, en las modalidades Distancia y Presencial, adquieran competencias específicas referentes a Psicología y Psiquiatría Forense lo que permitirá dar respuestas oportunas en el análisis no solo de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del accidente sino también del comportamiento de los involucrados en los accidentes de tránsito, coadyubando de manera directa a la seguridad vial de nuestro país tanto en la investigación como en la prevención de la accidentalidad.

Fortalecer la profesionalización de los funcionarios de la Policía Nacional en sus diferentes especialidades, así como de los miembros, adscritos a otros organismos o entidades del estado y personas interesadas en el conocimiento teórico práctico acerca de los temas de Psicología y Psiquiatría Forense, seguridad vial, e investigación accidentes de tránsito, en pro de realizar procedimientos y actividades que propenden por el mejoramiento de las condiciones de seguridad vial y movilidad de los usuarios de las vías.

POLÍTICA DEL CURSO

A continuación, se presentan algunas sugerencias y recomendaciones que debe tener en cuenta para desarrollar exitosamente la asignatura y aprovechar al máximo los contenidos y herramientas dispuestas para su aprendizaje.

ROL DEL TUTOR

El propósito fundamental del tutor es orientar el proceso de aprendizaje y retroalimentar las tareas realizadas por los participantes, de tal manera que puedan alcanzar las competencias establecidas.

El tutor le ayudará a resolver las dudas que se presenten durante el desarrollo de la asignatura, sin embargo, es fundamental que usted revise las instrucciones dadas y se asegure de que su

inquietud no haya sido respondida con anterioridad, para evitar demoras innecesarias en el desarrollo del curso.

El tutor se comunicará con los participantes constantemente mediante el correo electrónico y los anuncios de la plataforma de aprendizaje, recordando las actividades que debe desarrollar y los plazos establecidos.

AUTENTICIDAD DE LAS ACTIVIDADES

Las actividades evaluativas que usted presente para calificación deben ser inéditas y de su propia autoría. Cualquier copia o plagio acarrea la nulidad en la calificación y las acciones disciplinarias a que haya lugar.

COMPETENCIA GLOBAL

Fortalecer la profesionalización de los funcionarios de la Policía Nacional en sus diferentes especialidades, así como de los miembros, adscritos a otros organismos o entidades del estado y personas interesadas en el conocimiento teórico práctico acerca de los temas de Psicología y Psiquiatría Forense, seguridad vial, e investigación accidentes de tránsito, en pro de realizar procedimientos y actividades que propenden por el mejoramiento de las condiciones de seguridad vial y movilidad de los usuarios de la vías.

COMPETENCIA GENERAL

Comprender y aplicar saberes interdisciplinarios y acciones sistemáticas que conlleven al conocimiento de la verdad en casos de delitos, sustentada de forma técnico científica mediante el análisis de las circunstancias de tiempo, modo y/o lugar, aportando al esclarecimiento del delito y la identificación de sus autores, a través de un correcto y adecuado conocimiento, análisis y protección del lugar de los hechos posibilitando generar estrategias que permitan contrarrestar, controlar o prevenir su ocurrencia.

JUSTIFICACIÓN

El programa académico Tecnología en Investigación de Accidentes de Tránsito, de la Dirección Nacional de Escuelas, busca responder a la problemática existente en el país en materia de accidentalidad y afectaciones al tránsito, evidenciada a diario en las vías nacionales,

departamentales y municipales, en donde los comportamientos de peatones, conductores o pasajeros, por tal razón se hace indispensable que los egresados del programa Tecnología en Investigación de Accidentes de Tránsito, en las modalidades Distancia y Presencial, adquieran competencias específicas en la Topografía Forense lo que permitirá dar respuestas oportuna en el análisis no solo de las circunstancias de tiempo, modo y lugar del accidente sino también del comportamiento de los involucrados en los accidentes de tránsito, coadyuvando de manera directa a la seguridad vial de nuestro país tanto en la investigación como en la prevención de la accidentalidad.

TRANSVERSALIZACIÓN

CULTURA POLICIAL EN DERECHOS HUMANOS

En concordancia con los lineamientos y aspectos contemplados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en las normas y reglas establecidas en materia de Derecho Internacional Humanitario, el estudiante debe conocer, asimilar y aplicar parámetros de conducta en todas y cada una de sus actuaciones, donde la libertad, la justicia y la paz se constituyan en los fines últimos de su labor, asegurando de esta forma el respeto efectivo a los derechos y libertades fundamentales de las personas.

En tal sentido, el estudiante no solo debe limitarse al conocimiento y aplicación de tales derechos, sino que, como funcionario público también le corresponde promover el respeto a estos derechos y libertades mediante la enseñanza, la educación y el observar en todo momento un comportamiento ejemplar.

Así las cosas, como eje transversal dentro de la formación y actuación policial, el estudiante debe considerar la adopción de actitudes y comportamientos que reflejen el respeto y acatamiento de los derechos humanos y derecho internacional humanitario desde el ámbito de la asignatura, tales como:

- Respetar el derecho a la libertad de todas las personas, derecho en el cual se encuentra inmerso el derecho a movilizarse por cualquier parte del territorio nacional, sujeto a las limitaciones y normas de comportamiento establecidas por la Ley.
- Considerar en todas y cada una de sus actuaciones el respeto a la dignidad de los ciudadanos, aplicando la Ley sin hacer distinciones especiales o apartadas de la normatividad vigente en materia de tránsito o transporte terrestre.
- Evitar incurrir en hechos o actuaciones que puedan afectar la libertad de reunión, de asociación pacífica, de pensamiento, de conciencia, de religión, de expresión u opinión o el derecho a la propiedad, al debido proceso, a la presunción de inocencia, al trabajo o al descanso.

- Propender por la difusión, conocimiento y acatamiento de las normas, señales y autoridades de tránsito, en procura de garantizar el respeto por la vida y la integridad física de quienes, como usuarios de la vía, toman parte en el tránsito en las vías públicas y privadas abiertas al público.

DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO APLICABLE EN SITUACIONES DE CONFLICTO ARMADO INTERNO

Identificar las diferentes clases de conflicto armado, permite diferenciar y actuar frente a diversas situaciones en el servicio, un Policía que conoce el Derecho Internacional Humanitario, no cae fácilmente en el error, actúa de acuerdo con los tratados y convenios internacionales, asocia su responsabilidad y asesora para no llegar a incurrir en antijurídica (Vulnerar derechos sin justa causa).

ÉTICA Y VALORES

Como parte de la cultura institucional, el sistema de principios y valores se constituye en el referente a través del cual el policial se reconoce como un ser integro, recto y prudente en sus acciones, sinónimo de ejemplo y virtud.

En concordancia con lo dispuesto en el Sistema Ético Policial, el futuro profesional debe considerar en todos sus procedimientos, actuaciones y comportamientos los siguientes principios y valores:

Principio de vida: valorando su existencia, la de su familia y la de los integrantes de la comunidad, creando conciencia sobre la importancia de asumir comportamientos que garanticen la seguridad de todos los usuarios de la vía, observando en todo momento el conocimiento, acatamiento y respeto por las normas y los derechos de los demás, brindando un servicio que se enmarque en la solidaridad y en la respuesta eficiente a los intereses y necesidades de las personas que toman parte en el tránsito.

Principio de dignidad: brindando un trato digno a todas las personas, comprendiendo su individualidad y actuando de manera tal que sus procedimientos estén enmarcados bajo parámetros de honestidad y transparencia que destaquen su honor policial obtenido mediante el desarrollo de un servicio de excelencia en el que la protección de los ciudadanos y de la comunidad fortalezcan la imagen y el valor policial.

Principio de equidad y coherencia: garantizando el cumplimiento de las normas que regulan el tránsito y el transporte a nivel nacional, permitiendo la aplicación de justicia a los contraventores o infractores, asumiendo todas sus actuaciones en forma profesional, demostrando tolerancia en

sus procedimientos, sin permitir que las circunstancias puedan afectar la lealtad que es debida a la Institución y a la sociedad en general.

Principio de excelencia: actuando siempre con responsabilidad y profesionalismo, manteniendo siempre su vocación de servicio hacia el mejoramiento de las condiciones del tránsito y transporte en su jurisdicción respondiendo adecuadamente con un servicio de calidad en el cual se plasme su compromiso, dedicación y disciplina.

INVESTIGACIÓN

En el marco de los lineamientos generales de política para la Policía Nacional relacionados con la renovación educativa y en concordancia con las directrices establecidas por parte del Ministerio de Educación, la Dirección Nacional de Escuelas estableció dentro de sus políticas y estrategias la Política de Investigación para el Desarrollo Científico y Tecnológico a través de las siguientes políticas y estrategias que deben involucrar al estudiante en forma activa y positiva en el tema de la investigación a través de actividades como:

Fomento, desarrollar y fortalecer la actividad investigativa, mediante la elaboración de ensayos o presentación de trabajos a través de los cuales se exponga la problemática en materia de tránsito en el ámbito local (municipios o departamentos), o institucional (Policía Nacional de Colombia), o caracterizado según condición del usuario (conductor, pasajero o peatón), o según tipo de vehículo (automóvil, motocicleta) u otros.

Pertinencia de la investigación, orientar la investigación en función de las necesidades institucionales, debiendo plantear, seleccionar y asignar temas que correspondan a necesidades, expectativas o intereses institucionales, referidos básicamente al control de accidentalidad vial, control de infracciones, implementación de estrategias de seguridad vial, difusión y enseñanza de normas de tránsito, etc...

Integración y divulgación, articular la investigación como factor esencial de la formación policial y la proyección social, promoviendo su divulgación y el estímulo a los estudiantes que presenten trabajos destacados de investigación.

UNIDADES TEMÁTICAS

UNIDAD I. INTRODUCCION A LA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en la capacidad de comprender y apropiar los conceptos de psicología y

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

psiquiatría forense desde sus definiciones, estableciendo la relación entre ciclos históricos, llegando a comprender el ámbito de actuación y su metodología.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. Definición
2. Reseña histórica
3. Ámbito de actuación
 - 3.1 Psicología Forense Clínica
 - 3.2 Psicología Forense Experimental
4. Metodología en psicología y psiquiatría forense
 - 4.1 Metodología de la investigación criminal
 - 4.2 Metodología de elaboración de un perfil criminal
 - 4.3 Proceso de búsqueda de información

ESTRATEGIAS SIGNIFICATIVAS DE APRENDIZAJE

- ✓ Foros de discusión
- ✓ Exposiciones / presentaciones
- ✓ Aprendizaje basado en problemas
- ✓ Video conferencia
- ✓ Elaboración de mapas conceptuales
- ✓ Estudio de casos
- ✓ Videos alusivos al tema
- ✓ Búsqueda de información y/o estudio independiente: investigación de temas en bibliografía sugerida, bibliotecas o textos guías
- ✓ Referenciación de textos en ingles

UNIDAD II. PSICOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO CRIMINAL

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en capacidad de apropiar los conceptos centrales de los diferentes perfiles criminales y psicológicos, así como también, los diversos conceptos sobre algunos trastornos mentales y de personalidad, identificando sus repercusiones forenses.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. Conceptos, principios y objetivos
2. Los modelos de perfiles criminales
 - 2.1 Perfil criminológico (criminal profiling)
3. Análisis de la conducta
4. Tipos de perfiles psicológicos
 - 4.1 Ocho tipos psicológicos de CARL G. JUNG
 - 4.2 Otras perspectivas
5. Trastornos Psicopatológicos y repercusiones forenses
 - 5.1 Trastorno neurocognitivos mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer
 - 5.2 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
 - 5.3 Trastorno de depresión mayor
 - 5.4 Trastorno de estrés postraumático (TEP)
 - 5.5 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
 - 5.6 Trastorno de síntomas somáticos
 - 5.7 Trastorno de identidad dissociativo (personalidad múltiple)
 - 5.7 Trastornos de la personalidad
6. Trastornos de la personalidad

6.1 Concepto de trastorno de personalidad

6.2 Características de los trastornos de la personalidad

7. Drogadicción

8. Alcoholismo

ESTRATEGIAS SIGNIFICATIVAS DE APRENDIZAJE

- ✓ Foros de discusión
- ✓ Exposiciones / presentaciones
- ✓ Aprendizaje basado en problemas
- ✓ Video conferencia
- ✓ Elaboración de mapas conceptuales
- ✓ Estudio de casos
- ✓ Videos alusivos al tema
- ✓ Búsqueda de información y/o estudio independiente: investigación de temas en bibliografía sugerida, bibliotecas o textos guías
- ✓ Referenciación de textos en ingles

UNIDAD III. PSICOPATOLOGÍA FORENSE

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en capacidad de apropiar los conceptos centrales que relacionan la psicopatología forense y el actuar de la psicología y psiquiatría forense, frente a diferentes temas que involucran a menores, la violencia de género, la psicopatología en el ámbito laboral y procedimientos familiares.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. El menor infractor y sus implicaciones forenses

- 1.1 Tipos de conductas delictivas entre los jóvenes
- 2. Psicopatología forense en el ámbito laboral
 - 2.1 Patología y capacidad laboral
- 3. Evaluación psicológica forense en acusados de delitos sexuales
- 4. La motivación delictiva
 - 4.1 Perspectivas históricas sobre la motivación:
 - 4.2 Definición y principales conceptos motivacionales
 - 4.2.1 Anticipación
 - 4.2.2 Activación y dirección
 - 4.2.3 Aproximación y retroalimentación
 - 4.2.4 Resultado
 - 4.3 Motivación delictiva en homicidios
 - 4.3.1 Indicadores vinculados a las categorías delictivas de homicidio

ESTRATEGIAS SIGNIFICATIVAS DE APRENDIZAJE

- ✓ Foros de discusión
- ✓ Exposiciones / presentaciones
- ✓ Aprendizaje basado en problemas
- ✓ Video conferencia
- ✓ Elaboración de mapas conceptuales
- ✓ Estudio de casos
- ✓ Videos alusivos al tema
- ✓ Búsqueda de información y/o estudio independiente: investigación de temas en bibliografía sugerida, bibliotecas o textos guías

- ✓ Referenciación de textos en ingles

UNIDAD IV. LA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE APLICADA A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en capacidad de conocer, comprender y aplicar las técnicas básicas que relacionan el proceder de la psicología y psiquiatría forense, que conllevan al desarrollo de un dictamen pericial, como prueba testimonial respaldado desde lo científico, de acuerdo con la legislación vigente, de tal manera que el discente conozca las normas jurídicas, y técnicas que le permitirán elaborar un informe pericial que sirve de apoyo a la administración de justicia.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. La psicología y psiquiatría forense en la investigación de accidentes de transito

1.1 Psicología aplicada a la conducción

1.2 Trastornos neuropsiquiátricos y accidentes de tráfico

1.2.1 Trastornos psiquiátricos y conducción de vehículos

1.2.2 Categorías diagnósticas y accidentes de tráfico

1.3 Personalidad e infracciones frecuentes de normas de tránsito

1.4 Atención psicológica a personas involucradas en accidentes de tráfico

1.4.1 Manifestaciones psicológicas en afectados tras el accidente de tráfico

1.4.2 Intervención con afectados por A.T.

1.4.3 A manera de conclusión del aparte

2. El peritaje psicología forense

2.1 Características del informe o dictamen pericial

2.2 Áreas de aplicación de los peritajes psicológicos forenses

2.3 Naturaleza del aporte psicológico pericial al proceso judicial

2.4 Valoración judicial de los peritajes psicológicos forenses

3. Evaluación psicología forense de la imputabilidad. (Simulación y modo de evaluar)

3.1 la simulación y modo de evaluarla

ESTRATEGIAS SIGNIFICATIVAS DE APRENDIZAJE

- ✓ Foros de discusión
- ✓ Exposiciones / presentaciones
- ✓ Aprendizaje basado en problemas
- ✓ Video conferencia
- ✓ Elaboración de mapas conceptuales
- ✓ Estudio de casos Videos alusivos al tema
- ✓ Búsqueda de información y/o estudio independiente: investigación de temas en bibliografía sugerida, bibliotecas o textos guías
- ✓ Referenciación de textos en ingles

DESARROLLO DE TEMAS Y SUBTEMAS DE PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

UNIDAD I. INTRODUCCION A LA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en la capacidad de comprender y apropiar los conceptos de psicología y psiquiatría forense desde sus definiciones, estableciendo la relación entre ciclos históricos, llegando a comprender el ámbito de actuación y su metodología.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. Definición

La Psicología Y Psiquiatría Forense consiste en la aplicación de la Psicología (métodos y

conocimientos) a la realización de pruebas periciales en el ámbito del Derecho. Es por tanto, la Psicología aplicada a los tribunales o a aquellas actividades que el psicólogo puede realizar en el Foro jurídico forense.

Aunque no existe una taxonomía clara de esta área aplicada, ya que frecuentemente se confunden las distintas especialidades, su ámbito de aplicación está enmarcado en la Psicología Jurídica, junto con otras especialidades.

Considerando el marco aplicado de conocimientos, se puede distinguir entre dos tipos diferentes de Psicología Forense: Clínica y Experimental.

La Psicología Forense Clínica trata de la evaluación de daños en las víctimas y de atribución de responsabilidad e imputabilidad de los agresores. Sus especialistas pertenecen al área de la personalidad, la evaluación y el tratamiento de psicopatologías.

La Psicología Forense Experimental trata fundamentalmente de la evaluación de las pruebas testificales, identificaciones y declaraciones. Sus especialistas pertenecen a la Psicología Experimental o Psicología de los Procesos Cognitivos (atención, percepción y memoria), de ahí su denominación.

2. Reseña histórica

Las primeras referencias que aparecen sobre la importancia de la Psicología en el campo del Derecho se sitúan según el autor Gómez (2006).

A finales del siglo XVIII con Eckardts Hausen refiriendo sobre la necesidad de conocimientos psicológicos para juzgar los delitos, en el año 1972 Chr Schaumann presenta la idea de una psicología criminal y Munch sobre la influencia de la psicología criminal sobre un sistema de derecho penal en 1799 (p. 43).

De igual forma, “a mediados del siglo XIX y principios del XX surge el fundador de la primera escuela de antropología criminal y autor del libro *L'uomo delinquente* el cual fue el italiano Lombroso” (Manzanero, 2009, p. 5). Posteriormente, surgen los aportes de Haward & Gudjonsson (1998; citado por Muñoz & Rodríguez, 2010) indicando que “desde la Universidad de Leipzig, Alemania se fundó el primer laboratorio de psicología experimental del mundo por Wilhelm Wundt en 1879. En dicho laboratorio, fenómenos sensoriales y comportamentales eran medidos y convertidos en sujeto de manipulación experimental” (p.12).

A su vez, los aportes de Muñoz & Rodríguez (2010) refieren que;

En Estados Unidos en el año 1892, el profesor Karl Marbe pupilo de Wundt creó historia legal demostrando en corte el fenómeno de tiempo de reacción en una acción civil,

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

probándole a la corte que el conductor acusado de ser responsable por un accidente de trenes, no pudo haber detenido el tren a tiempo para evitar el desastre. Un año después en el país en mención, Cattell realizó un experimento en la psicología del testigo ocular; además en el año 1894 en Alemania específicamente en la ciudad de Dresdan durante una reunión de la Sociedad Psiquiátrica Alemana Sommer presentó un ensayo sobre la psicología delictiva, él propuso unir las opiniones de C. Lombroso con una nueva teoría en las tendencias delictivas psicológicas. Después de ello, en Italia en el año 1895 Vacchelli produjo su libro denominado "Las Bases Psicológicas del Derecho Público" y Ferrarini escribió "Jóvenes Delincuentes, Un Ensayo de Psicología Criminal" (p. 7).

Complementando lo anterior, Manzanero (2009) alude que;

En el año 1896 un estudiante en formación de la Universidad de Leipzig, con nombre Schrenck Notzing fue reconocido como el primer psicólogo forense. De acuerdo a lo anterior, en el año 1897 empezaron a surgir los primeros trabajos aplicados a la Psicología del Testimonio por los alemanes Gross, autores del libro Kriminalpsychologie; asimismo, el autor Binet publicó el libro La suggestibilité en 1900 y Stern alrededor de 1903 a 1906 editó la primera revista especializada en el área titulada como Beitrage zur Psychologie der Aussage (p. 315).

Simultáneamente, los autores Rivera & Rojas (2005) resaltan que entre las décadas de los 20s y los 40s, se hizo necesaria la participación de profesionales especializados en otras áreas, paralelamente a la Medicina legal, una de las áreas que recibió un fuerte impulso fue la psicología y la psiquiatría forense. Se pensaba que el factor psíquico era "imprescindible en la consideración de un hecho delictuoso"; por esta razón, estuvo muy ligado con el concepto de antropología criminal, que en su momento tenía una connotación cercana a la somatología. La psicología forense, era entonces: "aplicada al análisis de todos los fenómenos o leyes psicológicas de la importancia en la práctica judicial".

Uno de los elementos históricos destacables se sitúa cuando, "Emilio Mira y López publica en 1932, el "Manual de Psicología Jurídica" donde apuntaron a temas como: la psicología del delito, psicología del testimonio o el concepto psicológico y la valoración jurídica de la debilidad mental" (Arch & Jarne, 2009, p.3).

Sin embargo, Muñoz & Rodríguez. (2010) enfatizan que;

Después de la fuerza que tomo la psicología jurídica, se empezó hacer énfasis en la psicología forense y la primera persona en referirse a este campo, fue Lionel Haward quien en el Reino Unido, en 1953 le dio el nombre de Psicología Forense a la rama de la psicología jurídica que hoy día sigue conservándolo. Haward es considerado por esto el padre británico de esta área, a la que definió como la rama de la psicología aplicada a la que le concierne la recolección, examinación y presentación de evidencia para propósitos jurídicos. Simultáneamente, los autores Rivera & Rojas (2005) resaltan que entre las

décadas de los 20s y los 40s, se hizo necesaria la participación de profesionales especializados en otras áreas, paralelamente a la Medicina legal, una de las áreas que recibió un fuerte impulso fue la psicología y la psiquiatría forense. Se pensaba que el factor psíquico era “imprescindible en la consideración de un hecho delictuoso”; por esta razón, estuvo muy ligado con el concepto de antropología criminal, que en su momento tenía una connotación cercana a la somatología. La psicología forense, era entonces: “aplicada al análisis de todos los fenómenos o leyes psicológicas de la importancia en la práctica judicial”.

En este sentido, Haward en el año 1981 diferencia cuatro roles: clínico, experimental, auxiliar judicial y consejero, que resultan ser cuatro aplicaciones jurídicas.

El rol clínico se caracteriza por la evaluación psicométrica del individuo y la interacción con una de las partes del procedimiento legal. Por su parte, el rol experimental supone la comprobación de hipótesis para fundamentar el testimonio del psicólogo experto. El rol de auxiliar de la justicia se orienta a resolver problemas judiciales, presentando evidencia de la probabilidad de un hecho, valiéndose de la estadística y el razonamiento probabilístico. Finalmente, el consejero estudia la prueba expuesta por otro profesional, para señalar a la parte que le contrata, los posibles puntos débiles (Arce, Fariña & Novo, 2005).

Las publicaciones de los autores López, Lacalle & Pérez (2011) permitieron identificar qué;

La psicología forense es reconocida como tal, sino hasta 1962 año en el que en Estados Unidos se presenta la famosa y multicitada “Sentencia Jenkins”, misma en la cual la Corte de Apelaciones del Distrito de Columbia expresa su convencimiento y autoridad para que el psicólogo sea un especialista reconocido como absolutamente legítimo para ser oído ante los tribunales, en su actuación.

Por otro lado, “la historia de la Psicología Jurídica en Latinoamérica ha estado directamente relacionada con la oferta de seminarios o asignaturas específicas dentro de programas de pregrado de Psicología, que aunque en principio no fueron formales, se ofrecían como optativas” (Morales & García, 2010, p.253).

Se resalta que el proceso histórico de ésta disciplina a nivel internacional, facilitó la extensión del conocimiento hasta llegar al territorio colombiano y estos espacios empezó a fomentarse desde la década de los 70s, cuando el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la ciudad de Bogotá, integra por primera vez al equipo de profesionales, la psicóloga forense Victoria Eugenia Villegas Mejía; es aquí en donde se empieza a dar el verdadero reconocimiento del profesional en esta área. Por tal motivo la capital colombiana-Bogotá- y la ciudad de Medellín han sido consideradas pioneras de la psicología jurídica y forense en territorio nacional (Ordúz, 2016, p. 7).

Por ende, el autor Ordúz. (2016) alude que;

En el distrito capital surgió por primera vez la psicología jurídica en las universidades Católica de Colombia y Santo Tomás; y en la ciudad de Medellín fue con la Universidad de San Buenaventura. Los demás territorios colombianos han venido, con el paso del tiempo y de forma paulatina, adquiriendo dentro de sus programas académicos, tanto en pregrado como en posgrado, la cátedra de psicología jurídica y forense; aunque actualmente no todas las universidades del país que ofrecen tienen practicantes en la Reclusión Nacional de Mujeres y en la Cárcel Nacional Modelo.

Asimismo, “en 1980 se firmó el convenio entre la facultad de Psicología a través de su área jurídica y el Ministerio de Justicia, con el propósito de impulsar el sistema penal colombiano. Lo anterior, fue ratificado y renovado hasta 1985”. (Vargas & Beltrán, 1993; citado por Caballero & Prada, 2014, p, 12).

De igual forma, Quintana (2017), mención que;

En la década de los 80s la psicología forense surge de forma empírica gracias a la puesta en vigencia del Nuevo código penal en el año 1981 y la instauración de los primeros peritos psicólogos en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá. En el año 1991, se establece la Constitución Política de Colombia en la cual se le da validez y reconocimiento al peritaje psicológico exclusivamente (p. 47).

Además, como señala Bartol (2011; citado por, Diazgranados, Amar & García. 2012):

En las últimas décadas del siglo XX la psicología se ha visto muy influenciada por una concepción de corte sociologista, inspirada en la criminología latinoamericana y que se ha conceptualizado como "psicología crimino-lógica". Aun cuando en distintas universidades se imparten cursos enfocados principalmente desde esta perspectiva, lo cierto es que su desarrollo como disciplina ha sido bastante asistemático e improductivo en lo que respecta a su aporte teórico e instrumental en la cotidianeidad del trabajo del psicólogo. El concepto de psicología forense se ha reducido al peritaje clínico forense, especialmente por razones de orden institucional laboral al interior del poder judicial (p.10)

De acuerdo con Aguilar (1994; citado por Diazgranados, Amar & García, 2012) “la psicología clínica forense se ha circunscrito a evaluaciones psicodiagnósticas con el fin de determinar las capacidades evolutivas, cognitivas o ejecución del acto de personas involucradas en proceso judiciales, con el propósito de establecer su responsabilidad penal o civil” (p.14).

Por otro lado, Morales & García (2010; citado por Quintana, 2017) indican que se logra potenciar la psicología jurídica y forense en territorio colombiano cuando;

En el año 2001 se instaura la Asociación de Psicología Jurídica donde se logra impulsar la disciplina y se funda el colegio colombiano de psicólogos en el que se formaliza la labor de distintas áreas y especialidades de la psicología, en la cual la psicología forense ocupa un espacio importante- en Colombia se da una reforma al código penal con el cual se pasó

de un sistema inquisitivo mixto a un sistema penal acusatorio, es decir, la prueba pericial cobra mayor fuerza en el país en los procesos penales (p. 48).

Por lo anterior, se resalta que los eventos académicos y científicos efectuados a nivel internacional facilitó la comprensión y ampliación de información sobre la psicología jurídica y forense, por ende, los primeros hitos históricos propiciaron que en un país como Colombia se ampliará el conocimiento sobre la psicología y se comprendiera la importancia de incursionar al campo jurídico y posteriormente al forense. Dicho proceso permitió que las universidades del territorio colombiano introdujeran en su pensum académico teorías y prácticas sobre la psicología y la ley, debido a que su objetivo es identificar los procesos conductuales del ser humano en sociedad, propicio para el desarrollo profesional de los Tecnólogos en Investigación de Accidentes de Tránsito.

3. Ámbito de actuación

Las especializaciones de la Psicología Forense dependen del área conceptual de la psicología aplicada, del tipo de problema a que se quiere dar respuesta y de la población objetivo.

3.1 Psicología Forense Clínica

Las principales tareas de la Psicología Clínica aplicada a la psicología forense consisten en la evaluación de daños a las víctimas de delitos, la evaluación del estado mental de los acusados para establecer la posible imputación de los hechos delictivos y en su caso asesorar al tribunal sobre el tipo de pena o tratamiento impuesto en caso de ser declarados culpables, y la evaluación de la competencia de los testigos y víctimas para declarar.

En cualquier caso, la actuación forense dependerá de los diferentes tribunales:

- ✓ Clínicas Médico Forenses.
- ✓ Juzgados de familia.
- ✓ Juzgados de Menores.
- ✓ Juzgados de Vigilancia Penitenciaria y en la Asistencia a Víctimas.

3.2 Psicología Forense Experimental

Desde la Psicología Experimental las principales aplicaciones tienen que ver con los

procedimientos en los que intervienen procesos psicológicos básicos, fundamentalmente memoria, percepción y atención. Así pues, la actuación de los psicólogos se centra en la Psicología del Testimonio, colaborando en los procedimientos de toma de declaración para casos especiales, en el asesoramiento a los tribunales acerca de los factores que influyen en la exactitud de las declaraciones de los testigos, asesorando en la composición de las ruedas de identificación y los factores que influyen en estos procedimientos y elaborando informes periciales donde se evalúa la credibilidad de las declaraciones de los testigos (exclusivamente en casos de agresiones sexuales a menores).

4. Metodología en psicología y psiquiatría forense

En relación con este punto, es importante tener presente la metodología implementada según la intención que se pretende. Desde la psicología forense existe las siguientes metodologías:

4.1 Metodología de la investigación criminal

En la investigación de un delito, existen tres fases, que son confundidas, una primera fase Criminalística, una segunda que tiene dos actividades, pero en tiempo hay una fase criminal y otra fase forense.

La primera fase Criminalística, es una fase quizás más pasiva, no se interviene en los acontecimientos, sino que los constata, de la forma más metódica posible; es la investigación de la escena de hechos. Una segunda la investigación criminal, que en base a los datos recogidos en la investigación Criminalística, más activa, ya que interviene en los acontecimientos, va a permitir buscar al presunto actor de los hechos, al presunto culpable, localizarlo, hacer un seguimiento y en ocasiones aprehenderlo.

Y finalmente una tercera fase, forense, que nos va a permitir una vez identificado el presunto culpable, realizar una actividad probatoria, en orden a demostrar que dicho presunto delincuente es el culpable en base a las pruebas periciales. (La comparación de los indicios, evidencias encontradas en la escena de hechos, con los datos del presunto culpable).

Puede existir entonces, por ejemplo; una psicología forense y una psicología Criminalística. Una psicología forense que puede realizar una valoración de un testimonio, un estudio de la personalidad del victimador. Y una psicología Criminalística, que puede realizar una autopsia psicológica, en orden a determinar de forma probabilística si fue un homicidio o un suicidio. Así mismo en otras ciencias forenses, que pueden tener una actividad, Criminalística, pero no por ello se las debe confundir.

4.2 Metodología de elaboración de un perfil criminal

Los elementos para considerar en la metodología son:

- La escena del crimen refleja la personalidad
- El método (modus operandi) permanece similar (en general)
- La firma del agresor permanece similar
- La personalidad permanece igual. Incluye:
 - Biología (apariencia física...)
 - Cultura
 - Experiencias de la persona

4.3 Proceso de búsqueda de información

Método inductivo. Consiste en pasar de lo particular a lo general. De las pruebas de su testificación... se hace una hipótesis de lo que debió suceder.

Método deductivo. De lo general a lo particular. Se tienen que contrastar los datos obtenidos con un cuerpo teórico (perfiles...). Ese cuerpo teórico tiene que ser continuamente actualizado con los datos que se obtienen.

UNIDAD II. PSICOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO CRIMINAL

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en capacidad de apropiarse los conceptos centrales de los diferentes perfiles criminales y psicológicos, así como también, los diversos conceptos sobre algunos trastornos mentales y de personalidad, identificando sus repercusiones forenses.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. Conceptos, principios y objetivos

El uso de la psicología para combatir y estudiar el crimen debe estar relacionado desde el inicio mismo de ésta. Sin embargo, ha sido relativamente reciente en el tiempo la intención de algunos expertos de elaborar una metodología más o menos sistemática que ayude a capturar a criminales usando las aportaciones que brinda la psicología. Esta metodología ha estado basada principalmente en la creación, desarrollo y uso de técnicas clasificatorias y de etiquetajes del delincuente criminal, teniendo inicialmente como principal objetivo la captura del criminal. El acopio de datos ha posibilitado un estudio más en profundidad, que ha dado lugar a diversas teorías psicológicas del crimen, teorías que tratan de explicar el hecho criminal al igual que hace con cualquier patología mental. El desarrollo de técnicas terapéuticas y de rehabilitación del crimen está en un estadio muy precoz.

Los primeros intentos por identificar criminales vinieron principalmente desde las ciencias médicas, tratando de encontrar características físicas que distinguieran a los delincuentes.

Psiquiatras y psicólogos empezaron a ser consultados por las fuerzas del orden cuando en algunos de los crímenes investigados había evidencias o hipótesis de que el criminal podría padecer algún trastorno o enfermedad psiquiátrica. A esta aproximación al perfil se la suele denominar evaluación diagnóstica o perfil de personalidad criminal. Este tipo de perfiles han sido realizados generalmente por personal del ámbito de la salud mental, usando las tipologías, teorías y conocimientos de los trastornos mentales.

Los especialistas que han trabajado desde este enfoque lo han hecho teniendo en cuenta su propia experiencia y análisis, sin que se haya establecido ningún tipo de metodología estándar más allá de los manuales diagnósticos. Este tipo de perfiles están muy basados en la psicopatología y los trastornos de personalidad, sin que a veces muestren información útil a nivel de investigación policial. En este sentido, resultan poco útiles cuando no se encuentran indicios de desorden mental en los criminales.

2. Los modelos de perfiles criminales

2.1 Perfil criminológico (criminal profiling)

Hay varios términos que se suelen usar para designar al perfil criminológico: perfil psicológico, perfil de personalidad, perfil criminal, perfil del delincuente..., en función de los autores o escuelas que han trabajado en dicho campo. Básicamente el término perfil se refiere al conjunto de datos, informaciones y opiniones que el experto realiza sobre algún sujeto.

El objetivo del perfil criminológico no es describir al delincuente, pretende servir como instrumento de ayuda a la investigación ofreciendo información relevante sobre:

Características del criminal que ayuden a reconocerlo o poderlo buscar.

- Posibilidad de que vuelva a actuar.
- Probables lugares de actuación futura.
- Probable lugar de residencia o zona por donde suele moverse.
- Evolución criminal. Escalada.

La información para realizar el perfil se extrae del análisis de:

La escena del crimen: análisis de las evidencias forenses encontradas.

Modus operandi y firma: los comportamientos realizados por el criminal para realizar el crimen así como aquellos que están relacionados con la motivación y las necesidades psicológicas del criminal.

Geografía: análisis del comportamiento y las características geográficas del delincuente.

Victimología: conocer a la víctima nos ayuda a conocer a su agresor y a la relación entre ellos. Resultados de la autopsia.

Los distintos tipos de perfiles que se han realizado se han centrado en distintos tipos de análisis, conocimiento e información:

Enfoque psicológico-psicopatológico (Evaluación Diagnóstica): el perfil está basado en el conocimiento que se tiene de la psicología y psicopatología aplicada al ámbito criminal. Generalmente suele estar realizado por profesionales de la salud mental.

Enfoque de análisis de la escena del crimen: el perfil está basado en el conocimiento y la información que aporta el análisis de la escena del crimen desde el punto de vista de las ciencias forenses y la criminología. Realizado principalmente por profesionales de las fuerzas del orden.

Enfoque estadístico (investigación académica): el perfil está basado en metodología inductiva y en el uso de análisis estadístico que correlacionan los distintos elementos y comportamientos desarrollado en la escena del crimen. Realizado principalmente por académicos (Escuela de Canter y Kocsis).

Una subdisciplina del perfil criminológico es el llamado perfil geográfico, el cual se centra en características y comportamientos geográficos del criminal, estableciendo sus zonas de actuación y posible lugar de residencia (punto de anclaje en terminología de profiling).

Algunos perfiles que se encuentran comúnmente se relacionan a continuación:

- ✓ Perfiles inductivos
- ✓ Perfiles de agresores sexuales
- ✓ Perfiles de los pedófilos
- ✓ Pederasta situacional
- ✓ Pederasta preferencial
- ✓ Perfiles de incendiarios
- ✓ Perfiles de asesinos

3. Análisis de la conducta

El análisis de la conducta es la ciencia del comportamiento como tal, ésta fue establecida por Skinner debido a que la psicología no presentaba una claridad en muchas de sus características, por ejemplo, no se puede decir con seguridad cual es el objeto de estudio de la psicología ni los métodos que emplea para conocer al mismo, de igual manera no son claros los propósitos que la psicología debería tener. En contraposición a esto el análisis de la conducta es la ciencia del comportamiento, el cual es estudiado con el interés de predecirlo y manipularlo, haciendo uso de los métodos de las ciencias naturales para tal fin.

El Análisis de la conducta se divide en tres disciplinas: Análisis experimental del comportamiento, análisis conductual aplicado y análisis conceptual de la conducta.

El análisis de la conducta, pese a ser un área clásica en psicología y ciencias de la educación, ha experimentado una notable expansión en los últimos años tanto por sus desarrollos teóricos como por la difusión de procedimientos de intervención eficaces. Entre las áreas de mayor difusión profesional destaca la intervención analítico-conductual en patologías recogidas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo tales como autismo y síndrome de Asperger, entre otras. En este ámbito, la intervención analítico-conductual es la aproximación que ha acumulado mayor evidencia, existiendo más de veinte ensayos clínicos independientes realizados en Estados Unidos, Reino Unido, Noruega, Argentina, Israel y Australia. Estos estudios muestran la eficacia de este enfoque en la mejora de las actividades de la vida diaria, rendimiento académico y habilidades de comunicación en esta población.

También se han observado expansiones notables en otras áreas aplicadas del análisis de conducta. Entre ellas puede destacarse muy especialmente la intervención psicológica en

adultos, bien mediante procedimientos de intervención derivados de la teoría del marco relacional, o bien mediante la aplicación directa de principios conductuales básicos a la intervención clínica. El llamado análisis de conducta clínico ha cosechado una creciente evidencia sobre su efectividad y eficacia en trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicóticos, entre otros. La educación en niños con desarrollo típico es otro ámbito de notable difusión, con procedimientos como la enseñanza precisa y el desarrollo de modelos de escolarización basados en el análisis de conducta. Así mismo, la gestión del comportamiento organizacional, dirigida a la mejora de las condiciones y comportamientos del trabajo se ha desarrollado considerablemente, con aplicaciones tan diversas como la mejora en la gestión de grupos de trabajo, la seguridad laboral o la productividad. Otras áreas de aplicación incluyen: mejora de la práctica deportiva, intervención conductual en enfermedades crónicas tales como la demencia, o la intervención conductual en grandes grupos o epidemiología conductual. En resumen, el análisis aplicado de la conducta es una aproximación general al comportamiento socialmente relevante que ha diversificado notablemente sus ámbitos de actuación en las últimas décadas.

Algunas técnicas de uso habitual en análisis de conducta son: el análisis de tareas, encadenamiento, la presentación de ayudas, el desvanecimiento de ayudas, la generalización, el moldeamiento, el videomodelado, la extinción y el análisis funcional.

4. Tipos de perfiles psicológicos

4.1 Ocho tipos psicológicos de CARL G. JUNG

Aparte extraído de Blog en línea Pijamasurf (2015).

La psicología, disciplina que estudia la relación entre la mente y el cuerpo humano (o en un significado profundo: el alma), cuenta con ciertos recursos para esclarecer zonas oscuras y fragmentarias dentro de la personalidad humana, en la búsqueda de clasificar -aunque sea de manera un tanto arbitraria-- los distintos aspectos de la psique.

En la Antigüedad, Hipócrates se encargó de acuñar términos que procuraban definir algunos perfiles del temperamento: los sanguíneos, los melancólicos, los coléricos y los flemáticos (cuatro tipos que luego fueron adoptados por Paracelso, gran influencia de Jung). Desde entonces se ha tratado de teorizar, describir e inclusive catalogar el carácter, temperamento, intelecto y físico de las personas.

Uno de los principales teóricos que procuró enlazar ciertas características y clasificarlas en tipos de personalidad fue Carl G. Jung. Esta figura predominante del psicoanálisis llegó a desarrollar su teoría continuando y en cierta forma transformando el concepto de Freud de la libido como energía psíquica, la cual puede dar la vida o dar la muerte. Dentro de esa premisa, esta energía activa, estructurada por las experiencias del inconsciente colectivo y los arquetipos ancestrales, se expresa en ocho tipos de personalidades caracterizadas por dos actitudes predominantes que

perciben y actúan en una danza con el exterior o ambiente (objeto):

El primero, la extraversión, es la tendencia donde la libido se dirige hacia el medio ambiente, y se expresa en función de lo que percibe o siente (par rapport) con los objetos materiales y la cultura. Las personas extrovertidas tienen usualmente una moral basada en la convención social, acomodándose a los límites de la misma. Por consiguiente, sus objetivos se basan en la realización económica, el éxito laboral, estabilidad familiar, vida social admirable, etc., lo que compensa esta excesiva represión a través del desarrollo de un carácter egocéntrico e infantil. Por otro lado, esta energía psíquica dirigida hacia el exterior impide el cuidado hacia uno mismo, tanto física como emocionalmente.

El segundo es la introversión, la cual se manifiesta a través de la percepción, el pensamiento y el sentimiento de la introspección (de autoanálisis). Las personas introvertidas no siguen tanto las condiciones exteriores ni las convenciones sociales, ya que eligen una vida más interna: comunican poco de lo que hacen, por lo que pueden aparentar ser inseguros y poco sociables. De hecho, esta introversión genera una tendencia exagerada a darle una mayor relevancia a esa persona, ese ambiente cómodo o conocido, a las actividades en que permiten la intimidad entre dos personas, etc. No obstante, en ocasiones pueden ser inflexibles, víctimas de un miedo a la opinión pública o, inclusive, al deseo de ser amado en su totalidad.

Estas dos modalidades se orientan y se adaptan a las personas en función de cuatro actividades principales: pensar y sentir (funciones racionales), percibir e intuir (irracionales). Cada individuo presenta todas estas funciones, aunque sólo una resulta predominante como un estado primitivo, inconsciente de evolución. Se trata de funciones innatas, moduladas por el ambiente social, que favorecen la adaptación del individuo en el medio ambiente y se distinguen en ocho tipos de personalidad:

Reflexivo-extravertido: Este tipo se da en individuos que elaboran sus teorías con base en datos objetivos, obtenidos por medio de la percepción sensorial o extraídos de la cultura. Sin embargo, las emociones se consideran como irracionales, por lo que se dirigen hacia un segundo plano de la vida, lo que los hace ser intolerantes y a veces hasta tiranos al objetivizar a los demás.

Reflexivo-introvertido: Esta persona tiende a elaborar teorías intrapersonales (y hasta conspiracionales) sin tomar mucho en consideración los estímulos del exterior. La ausencia de intuición o sentimientos lo convierte en alguien terco, tenaz, aunque explotable emocionalmente. Los demás lo perciben como inadaptado; sin embargo, una vez cerca, es muy apreciado.

Sentimental-extravertido: Se guían por el sentimiento provocado por lo externo. Su actividad intelectual y relacional se restringe a lo que sienten. Tienen facilidad para expresar abiertamente sus sentimientos, ya que se identifican fácilmente con las personas.

Sentimental-introvertido: Este tipo es incapaz de expresar sus afectos y aversiones: callado, inaccesible, difícil de comprender y, a veces, melancólico. No tiene la intención de influir sobre

los demás ni de hacerse notar, ni de juzgarlos. La dificultad para percibir lo externo lo hace ver indiferente y carente de tacto, lo cual le dificulta entablar relaciones personales o ser comprendido.

Perceptivo-extravertido: En esta personalidad predomina la percepción sensorial enfocada en el objeto, sintiéndose cómodo en el campo de las realidades tangibles. Tiene una búsqueda insaciable de estímulos externos, los cuales necesitan cambiarse constantemente. Es una persona que aparenta ser alegre y vivo, aunque permite que abusen de él (y por lo tanto, es un tanto vengativo).

Perceptivo-introvertido: Este tipo se interesa principalmente en la subjetividad de lo que percibe, porque sus percepciones contienen una pobre objetividad de la realidad. Parece que viven en un mundo irreal.

Intuitivo-extravertido: Tiene la capacidad de generar una amplia gama de posibilidades en el mundo objetivo. Suele ser muy optimista en relación con sus proyectos y objetivos; sin embargo, tiende a abandonarlos. Poseen moral propia, mostrando mínimo interés por la empatía. Por otro lado, su capacidad para despertar entusiasmo en los demás es impactante.

Intuitivo-introvertido: Son soñadores, fanáticos y artistas. Son fundamentalmente subjetivos e inestables en las relaciones interpersonales. Desde el exterior, son un enigma.

4.2 Otras perspectivas

Ahora bien, hay que tener presente, y siguiendo los argumentos de Arrollo, A (2016), que todas las personas suelen tener conductas que pueden variar mucho en función de las circunstancias, pero se debe tener claro que la mayor parte del tiempo cada ser humano actúa movido por el subconsciente y siguiendo un patrón interior o tipo de personalidad que es el que predomina en las personas.

Debido a que cada persona encierra un sinfín de aspectos psicológicos diversos, de forma general no se puede encasillar a nadie en un grupo excluyendo que tenga aptitudes y actitudes de los otros grupos, pero sí que es cierto que existe un perfil en el que cada persona se ve mucho más identificada.

Por lo tanto, se exponen a continuación 4 perfiles psicológicos básicos, a continuación:

Acción: Son muy dinámicos, en algunos casos hiperactivos, les gusta la acción inmediata, el actuar ya, suelen ser muy espontáneos y pasionales en su forma de hablar, les encanta contar historias y disfrutar de la vida. En cualquier reunión suelen ser el centro de atención.

Estabilidad: Se rigen por las reglas, el deber y el ordenamiento. Dan gran importancia a los

compromisos adquiridos, la puntualidad y la educación son aspectos primordiales. Son detallistas, organizados, disciplinados y ahorradores. A primera vista nunca destacan e incluso a veces pueden parecer tímidos. Les encanta adquirir continuamente nuevos conocimientos.

Relacional: Son muy sociables y cariñosos, valoran mucho las relaciones y la armonía con las personas, son muy diplomáticos y saben generar confianza y relaciones duraderas. Aunque no sean grandes comunicadores, llegan al corazón de los demás. Les gusta la cooperación, ayudar e involucrarse en proyectos comunes con grupos.

Teóricos: Personas estudiosas, analíticas y minuciosas. Buscan siempre la lógica y la exactitud en los procesos, es el polo opuesto de los Acción. Es importante aclarar que el teórico es un perfil clave en equipos de trabajo puesto que es el que suele tener más información, le encanta procesar datos y siempre hablar de forma rigurosa, pero si nos encontramos un teórico en exceso, conviene que sepas que las personas que responden al teórico típico caen en lo que en marketing denominamos “la parálisis del análisis”, pues ni la agilidad ni el entusiasmo son su fuerte a la hora de tomar decisiones ni inspirar a otros.

5. Trastornos Psicopatológicos y repercusiones forenses

En el ámbito de la psicología forense, es muy importante conocer los diferentes trastornos mentales, a los que con mayor frecuencia se suele enfrentar el psicólogo en el tribunal de justicia.

En todos estos casos, es importante que se tenga en cuenta los aspectos básicos relacionados con cada enfermedad, pero también se debe realizar una evaluación individualizada de cada caso para establecer la responsabilidad aplicada a cada persona en concreto.

5.1 Trastorno neurocognitivos mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer

Repercusión forense: Las demencias se incluyen dentro del concepto jurídico de alteraciones psíquicas. Cuando estas se encuentran en los primeros estadios, suelen determinarse como enajenación parcial, por lo que actúan como atenuantes.

A nivel penal, las personas con la enfermedad de Alzheimer no suelen ser autoras de conductas típicas como delito. En el caso de que así sea, la conducta sería susceptible de eximente o atenuante en función de la gravedad de las alteraciones cognoscitivas y, por tanto, del estadio de la enfermedad. En este ámbito, es más probable que se encuentren víctimas de maltrato, robo, hurto de dinero, abusos sexuales.

A nivel civil, en general la presencia de demencia es una causa clara de incapacidad y nulidad de los negocios que se hayan realizado por falta consentimiento. Según el grado de deterioro de

la persona, se procederá a uno u otro grado de incapacidad.

Para el derecho laboral, la enfermedad de Alzheimer justifica la situación de invalidez o gran invalidez.

5.2 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Repercusión forense: Es muy importante tener en cuenta que no todos los actos de un enfermo psicótico tienen su origen en su psicopatología, por lo que es necesario conocer la forma clínica y el momento evolutivo cuando se comenten los hechos. En los periodos agudos supone una merma de la capacidad de contacto con la realidad, que en el ámbito penal correspondería a una exención de la responsabilidad o, al menos, atenuación.

En los delitos contra las personas como homicidios o asesinatos no destacan tanto por la frecuencia como por la violencia, absurdo o irracional de los mismos. Normalmente son guiados por una motivación patológica soliendo llevar a cabo conducta sin relación con el estímulo o desmedidas respecto a él. En casos de asesinatos en serie múltiples, los psicóticos se suelen incluir en la categoría de desorganizados.

Los enfermos ya residuales suelen ser víctimas de robos, estafas, agresiones sexuales y utilización para tráfico de drogas.

En casos de trastornos delirantes no es tan sencillo establecer la exención de responsabilidad, dado que el trastorno no es tan florido y el delirio puede resultar plausible, por tanto, el tribunal no aprecia una patología tan grave y puede creer conservadas sus capacidades cognitivas y volitivas.

En el ámbito civil, debe individuarse cada caso, pero en la mayoría de ellos la incapacidad estará indicada, ya que la psicosis cumple el requisito de permanencia y profundidad. Generalmente, los actos jurídicos llevados a cabo por un enfermo psicótico son nulos; puede establecer la incapacidad civil, si no definitiva, si durante los periodos agudos del trastorno o fases activas. También son causa de separación y no será considerado habitualmente apto para ostentar la guardia o custodia.

En el ámbito laboral, la capacidad laboral de los enfermos con esquizofrenia varía desde la incapacidad total hasta la completa conservación profesional, resultado decisivo el establecimiento de la forma, etapa de la enfermedad y definición del pronóstico.

5.3 Trastorno de depresión mayor

Repercusión forense: La depresión en las personas que han cometido delitos, normalmente suelen aparecer como un trastorno sobrevenido tras el encarcelamiento. Es habitual que una persona sometida a un proceso judicial experimente caídas en el estado anímico. En estos casos, la depresión no suele tener relevancia jurídico-penal, ya que el trastorno no es la causa de los hechos.

En el ámbito penal, no se suelen encontrar personas que comente hechos delictivos por una depresión, como mucho, se trata de delitos por omisión y maltrato por negligencia y, en algunos casos, homicidios intrafamiliares o suicidios ampliados.

En el ámbito civil, normalmente, la depresión no suele afectar a la capacidad de obrar. En general, en el ámbito civil no se requiere que el juicio o el estado mental sean perfectos, sino que estén por debajo de lo que las circunstancias piden.

En el ámbito laboral, la sintomatología de ser de intensidad y duración tal que afecte a la capacidad del enfermo.

5.4 Trastorno de estrés postraumático (TEP)

Repercusión forense: En el ámbito penal, para pedir una disminución de imputabilidad se puede plantear que el sujeto exhibía, durante la comisión del delito, conductas indicativas de una reviviscencia del trauma pudiéndose encontrar el individuo bajo un estado disociativo. En estos casos, el vínculo representara un comportamiento impremeditado, espontaneo y no característico del individuo. Normalmente la respuesta es desproporcional al estímulo careciendo de motivaciones corrientes. El acto se precipita por circunstancias que fuerzan al individuo a enfrentarse con conflictos inconscientes. Hay amnesia para el episodio.

Lo más común es que el TEP se alegue como lesión psíquica en víctimas. Normalmente, la jurisprudencia sienta como norma general que a consecuencia de estrés debe requerir el individuo tratamiento para lograr la adaptación plena, además de haber establecido una adecuada relación de causalidad, la sintomatología no debe limitarse a simples desajustes afectivos o emocionales.

En el ámbito laboral, los tribunales suelen ser muy restrictivos y no suelen establecerlo como una situación de invalidez.

5.5 Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Repercusión forense: en el ámbito penal, la presencia de un TOC no suele incidir en la responsabilidad de la persona, ya que su capacidad cognitiva generalmente esta conservada, y

solo en los casos de intensidad grave estará afectada la capacidad volitiva y motivacional.

En el ámbito civil, los casos más graves de TOC pueden llevar a una incapacidad para obrar, así como limitaciones en la guarda y custodia de menores atendiendo siempre a la duración e intensidad de los síntomas. En casos graves, puede alegarse como causa de separación y como motivo de reducción de la imputabilidad.

En el ámbito laboral, solo los casos más graves del TOC se establecen como causa de invalidez temporal.

5.6 Trastorno de síntomas somáticos

Repercusión forense: en el ámbito penal, este tipo de trastornos suele aparecer relacionado con la Victimología que se encuentra en la valoración de secuelas y solicitud de indemnizaciones, donde adquiere un papel protagonista el diagnóstico diferencial con la simulación o la sobresimulación.

5.7 Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)

Repercusión forense: origina graves problemas jurídicos y legales, ya que resulta ser un recurso cada vez más frecuente en personas acusadas de delitos graves. De hecho, es una de las alegaciones típicas de psicópatas.

En el ámbito penal, los sujetos con trastorno de identidad disociativo pueden presentar conductas antijurídicas como robos, conducción temeraria, lesiones y homicidios ocasionalmente potenciados por el consumo de sustancias. En estos casos, su imputabilidad está claramente afectada, dado que el fracaso en la integración de varios aspectos de su identidad y conciencia merman sustancialmente sus capacidades cognitivas y volitivas.

5.7 Trastornos de la personalidad

Repercusión forense: la responsabilidad de los actos de las personas que padecen trastornos de la personalidad es un tema rodeado de controversias y debate. Se sabe que las capacidades cognitivas no se ven afectadas en este tipo de trastornos, pero pronunciarse sobre las capacidades volitivas es muy difícil en este caso. Aunque se mantengan integra las facultades superiores, los individuos con un trastorno de personalidad grave no pueden ponerlas en juego de manera eficaz. Los rasgos que describen cada uno de los trastornos serán los responsables del déficit en la capacidad volitiva del individuo.

En el ámbito penal, la mayoría de las veces no se aplican eximentes ni atenuantes, aunque en el mejor de los casos se puede considerar como eximente incompleta o bien como atenuante analógica, pero existe jurisprudencia en cuanto a un eximente completo.

Independiente del trastorno en sí, es muy importante que se lleve a cabo el estudio de cada caso de forma individual.

En el ámbito civil, los trastornos de personalidad comienzan a tomar valor encontrándose algunas sentencias de incapacitación con referencia a estos trastornos. En este mismo orden y en concreto para el derecho de familia, un trastorno de personalidad puede justificar una sentencia de separación si conlleva abandono de obligaciones conyugales, conductas impulsivas y ventajosas, actitudes hostiles, careciendo por tanto de idoneidad para ostentar la guardia y custodia, pudiendo ser privado en casos extremos de la patria potestad.

6. Trastornos de la personalidad

Este aparte referente a trastornos de la personalidad, fue extraído de la evaluación 3 del Doctor Philosophy in Clinical Psychology, Ph.D, presentada en el año 2018 por Rios, J.

La personalidad es la esencia subjetiva única y propia de cada ser humano, en la cual se involucran rasgos conductuales y actitudes, por las cuales, la persona se reconoce como ser individual y diferente. Millón & Davis (1998) citados por Roca, M., González, M. & Fernández, A. (2010), proponen, que

La personalidad se concibe actualmente como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamientos del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (p.122).

Esa complicada matriz, debe guardar una línea vertical y estable, con los parámetros culturales y sociales establecidos como normales, una desalineación por parte del individuo a estos parámetros, conllevaría a catalogarlo como anormal y muy probablemente a ser diagnosticado con algún trastorno de la personalidad. ¿Pero que son los trastornos de personalidad? Una respuesta sencilla seria: los comportamientos realizados por el individuo y categorizados por las personas que lo rodean (familiares y allegados), como anormales, al no ser propios para una adaptación de manera aceptable por la sociedad, a la cual pertenece y se desarrolla dicho individuo. Pero la definición de trastornos de personalidad no es así de sencilla. A continuación se expondrán algunos argumentos que permitan tener un concepto más amplio y global de lo que se concibe en la actualidad por trastorno de personalidad.

6.1 Concepto de trastorno de personalidad

Los trastornos de personalidad, se consideran un grupo de trastornos mentales caracterizados por patrones de conducta rígida, inflexible y de inadaptación que restan a la persona capacidad para desenvolverse en sociedad. “Las personas con trastornos de la personalidad tienen patrones desadaptativos persistentes en relación con sus pensamientos, conductas, reacciones y experiencias internas que se producen en los distintos contextos sociales y que causan serios deterioros en sus vidas” (Weiss, L., Louie, S. & Reicherter, D. 2015. p.415). Estos modelos desadaptativos de relación, percepción y reflexión frente a sí mismo y al entorno que lo rodea, deben separarse de lo aceptado por la cultura del sujeto, y normalmente empieza al inicio de la edad adulta o antes, y por lo general tiene un carácter permanente a lo largo de la vida.

De igual manera, se caracterizan por su inflexibilidad, dando paso a una incapacidad por parte del sujeto a la adaptación, interfiriendo con un buen funcionamiento y provocando sufrimiento interior. Esta forma habitual de comportarse (desajuste psicológico de la persona) trae problemas al individuo en cuestión, o, a las personas de su entorno, por lo que con frecuencia se verán en la clínica. “El criterio para delimitar el mayor o menor ajuste psicológico de una persona es una cuestión de grado que debe valorarse a lo largo de unas dimensiones en las que se van definiendo los distintos estilos y rasgos de personalidad” (Ortiz-Tallo, M. (Coord.) & Cardenal, V. 2013. p. 99).

Sumado a lo anterior, es importante recordar, lo definido por trastorno de personalidad en el DSM-5® (2014). En este manual, se especifica a los trastornos, como un “patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (p.645).

Por otro lado, y no menos importante, recordad el concepto propuesto en el CIE – 11, siendo el siguiente,

Los trastornos de la personalidad quedan definidos como: {...} una perturbación relativamente duradera y generalizada de la forma en que los individuos se experimenta e interpretan a sí mismos, a los demás y al entorno, que resulta en patrones maladaptativos de cognición, expresión emocional y comportamiento. Estos patrones maladaptativos son relativamente inflexibles y están asociados con problemas significativos en el funcionamiento psicosocial, que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales, manifestados en un rango de situaciones personales y sociales. Los trastornos de personalidad tienen larga duración, típicamente durante varios años. Comúnmente sus primeras manifestaciones aparecen en la infancia y son evidentes en la adolescencia (CIE- 11).

Por último, y en referencia al concepto de trastorno de la personalidad Ortiz-Tallo, M. (Coord.) & Cardenal, V. (2013), proponen, que

Es frecuente encontrar en una misma persona rasgos característicos de distintos trastornos de personalidad, sobre todo de aquellos que tienen formas de afrontar la vida similares. Así, se podría decir que las personas presentan un cierto estilo de personalidad, con características más o menos intensas y que le crean más o menos dificultades en la vida, llegando en su extremo de intensidad a lo que llamamos trastorno de personalidad, y además pueden compartir rasgos alterados de personalidad de los diferentes trastornos (p.100).

6.2 Características de los trastornos de la personalidad

Los problemas que le generan al individuo, el padecimiento de algún trastorno de la personalidad, no solo se limita a ellos como personas diagnosticadas, sino, que el padecimiento lo sufren las personas de su entorno, tanto familiares como allegados e incluso desconocidos, que por alguna circunstancia se cruzan en el camino de un individuo con la personalidad trastornada. Este padecimiento deteriora lentamente la vida de los individuos con esta patología, y la desadaptación característica de las personalidades trastornadas, los conlleva a llevar una vida de hospitalizaciones y asistencias por urgencias a los sistemas de salud pública, específicamente a la especialidad de salud mental, de manera frecuente. Hay casos en que la patología se detecta a tiempo, por que como se ha evidenciado en el ámbito clínico - asistencial, existen trastornos de la personalidad que por sus características particulares, no se pueden detectar con un tiempo prudencial, en el que el trabajo terapéutico proyectado a la prevención pueda aplicarse, como en el caso de los individuos que padecen trastorno de la personalidad antisocial o limite, caracterizados por las elevadas probabilidades de cometer actos delictivos, haciendo obligatoria su reclusión en sistemas penitenciarios, tanto para menores de edad como adultos, en donde la terapia es limitada, incluso nula.

Uno de los problemas de no identificar a tiempo el padecimiento de un determinado trastorno mental, es la diferenciación entre normal y anormal de la personalidad del individuo, en busca de limitar una de la otra, especialidades como la psicología y la psiquiatría han dedicado amplios esfuerzos en la investigación y documentación de casos empíricos, haciendo latente los caminos opuestos que han realizado cada una de ellas. Por un lado, la psicología desde la especialidad de la personalidad, estudia lo que se podría considerar como “personalidad normal”, y la psiquiatría por su parte, se ha preocupado por investigar lo patológico. Lo interesante en este trabajo de polos opuestos, es la aparición de la psicología clínica, la cual viene tratando de funcionar esos dos caminos, en búsqueda de diagnósticos más verídicos, con el objetivo de implementar un trabajo psicoterapéutico realmente efectivo y eficiente para cada caso particular. En complemento a lo argumentado anteriormente Roca, M. & Baca, E. (2010), proponen, que

El estudio de la personalidad, tanto normal como patológica, ha sido realizado desde dos tradiciones paralelas e incluso, a veces, contradictorias: la psicológica y la médica. La primera ha dado lugar a la psicología de la personalidad, disciplina que intenta explicar el funcionamiento de la personalidad normal, aporta modelos principalmente dimensionales y ha llegado a ser una especialidad muy completa y con perspectivas teóricas muy diversas. La segunda se ha desarrollado en el ámbito de la psiquiatría y, sin aprovecharse los muchos estudios y teorías que le ha ofrecido la psicología de la personalidad, se ha decantado por el estudio de la personalidad patológica y ha elaborado sistemas de diagnóstico y clasificación categoriales, descriptivo y ateóricos, que ofrecen trastornos de la personalidad perfectamente delimitados (p.12).

El problema en la práctica clínica insumo necesario en lo forense y como consecuencia de la poca alineación teórica de estas dos disciplinas, psicología de la personalidad y medicina, esta última desde la especialidad de psiquiatría, es la apatía demostrada por muchos psiquiatras en la búsqueda de apoyo en los aportes de la psicología, no solo en lo que tiene que ver con los trastornos de la personalidad, si no, en todo el amplio campo de los trastornos mentales. Si bien es cierto, que la especialidad de psiquiatría cuanta con un amplio estudio de la personalidad patológica, esta se ha centrado en la identificación de las diferenciaciones entre los diversos trastornos de la personalidad y como buenos médicos, su preocupación principal es reducir la sintomatología con la formulación de medicamentos, que aunque no es del todo mal, para el tratamiento de este tipo de pacientes, la farmacología no ha demostrado mejorías en la adaptación de los individuos trastornados a los roles cotidianos de la sociedad, en la que se involucran, actividades sociales, académicas y laborales.

Por su parte, la psicología clínica desde el trabajo profesional que abarca tres enfoques, en donde el primero comprenderá la evaluación, que permite obtener un diagnóstico como segundo enfoque (elementos requeridos por la psicología forense), diagnóstico que busca ser lo más veras posible y posteriormente realizar un adecuado tratamiento psicoterapéutico (tercer enfoque) de los trastornos mentales, en especial los trastornos de la personalidad. Sus profesionales (psicólogos clínicos) se han venido alimentan del saber teórico tanto de la psicología de la personalidad (personalidad normal), como de la psiquiatría (personalidad patológica), lo que les ha permitido contar, con las herramientas necesarias no solo para identificar y diagnosticar este tipo de trastornos basándose en la evidencia empírica, sino, con las habilidades psicoterapéuticas, que permitan disminuir mucha de la sintomatología presentada en esta población aquejada por algún trastorno de personalidad (a lo que se especializa la medicación), adicional a ello, contar con las habilidades en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas enfocadas a la adaptación de las personas trastornadas, a los roles cotidianos de la sociedad, en la que se involucran, actividades sociales, académicas y laborales.

Ahora bien, continuando con la descripción de algunas características de los trastornos de personalidad se abordará lo propuesto por Weiss, L., Louie, S. & Reicherter, D. (2015), ellos manifiestan que,

Los trastornos de la personalidad no son raros, y algunos son más prevalentes en los varones mientras que otros lo son entre las mujeres. En la práctica clínica, la concurrencia con trastornos del ánimo, de ansiedad o relacionados con sustancias, y los problemas importantes de índole psicosocial, son la regla y no la excepción. Por ello, la atención clínica de las personas con trastorno de la personalidad puede resultar especialmente difícil y requiere grandes dosis de meticulosidad, compasión y tolerancia por parte de los profesionales (p.415).

A partir de la anterior propuesta, surgen tres características de los trastornos de la personalidad, que hay que tener presente. La primera hace referencia a los rasgos de personalidad, en este caso patológicos, donde la prevalencia entre la aparición de estos (rasgos de personalidad patológicos), mayormente en varones para los trastornos de personalidad esquizoide, antisocial, límite, y para las mujeres en los trastornos de personalidad paranoide, histriónico, narcisista, evitativa y dependiente. La segunda característica de estos trastornos en el ámbito clínico es la concurrencia que se presenta con los trastornos del ánimo, de ansiedad o relacionados con sustancias, y los problemas importantes de índole psicosocial. Y la tercera y última característica, es el profesionalismo que se tiene que demostrar por parte de los profesionales de salud mental, en la atención de las personas que padecen estos trastornos, al demostrar un gran reto profesional, la complejidad del estudio y análisis de los trastornos de personalidad, partiendo desde las características primera y segunda, expuestas en el presente párrafo.

Complementado las características de los trastornos de personalidad anteriormente mencionados, Ortiz-Tallo, M. (Coord.) & Cardenal, V. (2013), proponen, que este tipo de trastorno,

Suelen ser precoces: esta precocidad hace referencia a que sus manifestaciones han aparecido a lo largo de la adolescencia o incluso antes...Son estilos de comportamiento globales: esto quiere decir que suelen afectar a distintos procesos psicológicos y manifestarse en distintos contextos, como el familiar, laboral o social... Son personalidades con una gran inflexibilidad: la capacidad de responder de forma flexible ante las adversidades o los acontecimientos que no son de nuestro agrado suele ser un signo de madurez...Sus conductas provocan sufrimiento: hay dolor y angustia psicológica para la propia persona y, en otros casos, para los que le rodean (p.100).

Ya se ha mencionado anteriormente, las dificultades de evidenciar fácilmente la normalidad o anormalidad de una personalidad determinada. En dicha dificultad en la búsqueda de evidencias, influyen factores sociales y culturales, al variar entre cada una de ellas, las reglas y normas establecidas, para que las personas cumplan, catalogándose como patológicas, algunas personas que las rompen. Adicional a dichos factores, se involucran las características internas de cada individuo, las cuales son diferentes entre persona y persona. Gómez, C., Hernández, G., Jordán, M., Rojas, A., Santacruz, H., Uribe, J., Guzmán, F. & Arenas, A. (2018), proponen, que “ante la dificultad de percibir el límite existente entre normalidad y anormalidad, es importante tener en cuenta algunos principios esbozados por Millon para conceptualizar la personalidad y sus trastornos”, así:

Principio 1. Los trastornos de la personalidad no son enfermedades.

Principio 2. Los trastornos de la personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas.

Principio 3. Los trastornos de la personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes.

Principio 4. La personalidad consiste en múltiples unidades y ámbitos de datos (biofísicos, intrapsíquicos, fenomenológicos, comportamentales y socioculturales).

Principio 5. La personalidad existe en un continuum. No es posible una división estricta entre la normalidad y la patología.

Principio 6. La patogenia de la personalidad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple por todo el sistema.

Principio 7. Los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas.

Principio 8. Los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva.

Principio 9. Los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervenciones combinadas y diseñadas estratégicamente (p.516).

Complementado los anteriores principios, los autores proponer, que “sin embargo, para efectos de una comprensión más integral, el CIE-10 los reseña como “diversas alteraciones y modos de comportamiento”, que:

- Tienen relevancia clínica por sí mismos.
- Tienden a ser persistentes.
- Expresan un estilo de vida y la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás (p.516).

Todas las carteristas expuestas hasta el momento, en relación con los trastornos de la personalidad, hacen denotar desde lo teórico, el padecimiento de las personas que presentan algún trastorno de personalidad, acompañado de sufrimiento permanente, sufrimiento a consecuencia de la perturbación emocional que producen algunas conductas desadaptativas y la carga en algunos casos, de remordimiento, por el sufrimiento que se produce a los familiares y cuidadores. “Las conductas perturbadoras, negativas o dañinas de las personas que tienen trastornos de la personalidad también hacen sufrir a los que las rodean” (Weiss, L., Louie, S. &

Reicherter, D. 2015. p.415).

A manera de conclusión, es interesante la propuesta de Roca, M. & Baca, E. (2010), ellos afirman, que

Si se intenta sintetizar los problemas conceptuales que aún se mantienen abiertos en el terreno de los trastornos de personalidad podríamos clasificarlos, de más básicos y generales a más concretos y particulares, en los siguientes escalones:

1. Aproximación dimensional factorial frente aproximación categorial estructural.
2. Rasgos o estructuras genéticamente condicionadas frente a rasgos o estructuras producto de las interacciones tempranas con el ambiente.
3. Continuum dimensional entre las personalidades normales y los trastornos de la personalidad frente a diferencias cualitativas que separan netamente a ambos.
4. Concepción unitaria de los trastornos de la personalidad como una única clase de circunstancias, en la cual pueden distinguirse subtipos, frente a tipificaciones de entidades discretas que no forman parte de una misma clase y que exigen la redefinición de lo que actualmente se conoce como trastorno de la personalidad y la creación de categorías distintas.
5. Demarcación de estas entidades en relación con el modelo médico de enfermedad, con el modelo social de desviación y con el modelo dinámico de neurosis (p.27).

Y, por último, hay que mencionar que “por definición, los trastornos de la personalidad no son episódicos; su naturaleza persistente es la clave para entender esta clase diagnóstica” (Weiss, L., Louie, S. & Reicherter, D. 2015. p. 415), y por ende, la empleabilidad de dichos diagnósticos en la investigación de accidentes de tránsito que necesitan apoyarse en la psicología y psiquiatría forense.

7. Drogadicción

Consuegra, N. (2016), argumenta que la drogadicción

También llamada dependencia de sustancias o drogodependencia (V. Dependencia), es una enfermedad que, dañando el organismo y la mente de la persona, trasciende sus límites, para invadir y propagarse a los otros individuos de su medio, mediante la interacción social. El drogadicto no solo se autodestruye, sino que también ataca y destruye su entorno ocasionando situaciones violentas y deterioro de los vínculos familiares. Se han realizado experimentos que demuestran que existen estructuras

cerebrales, con un funcionamiento específico, que pueden justificar la conducta adictiva.

Esto implica que existen una serie de cambios a nivel químico que estimulan la producción de ciertos neurotransmisores que podrían generar o aumentar la necesidad de consumir algún tipo de droga. La adicción a las drogas puede tener su origen en la concurrencia de por lo menos dos de los siguientes factores: un agente exterior, que sería la droga, un medio facilitador, que podría ser el medio socio cultural, y una persona cuya estructura de carácter lo haga vulnerable, ya sea de manera permanente o momentánea, a causa de crisis de diversa índole.

Cualquier sustancia que se introduce al organismo, sea un alimento o una droga ilegal, promueve todo un proceso a nivel molecular, bioquímico y eléctrico. Por el flujo sanguíneo todos estos cambios llegan al cerebro y generan reacciones tanto internas como externas. Los cambios cerebrales pueden generar conductas adictivas. Independiente del tipo de droga, se ha considerado que ambas sustancias generan cambios en la producción de dopamina, que es un neurotransmisor y como consecuencia, vuelve adicta a la persona. La dopamina se relaciona con placer y elevación. De esta manera, las drogas se convierten en las principales productoras de placer afectando los niveles normales de dopamina. Las personas con bajos niveles de dopamina, carecen de afecto y con problemas de interrelación, inconscientemente, buscan aumentar la concentración de este neurotransmisor con la finalidad de sentir placer. Cuando no logran entablar relaciones emotivas, encuentran en las drogas aquellas sensaciones que no lograron satisfacer de manera sana (p. 83)

8. Alcoholismo

Consuegra, N. (2016), argumenta que el alcoholismo es una

Condición caracterizada por la dependencia física y emocional del alcohol. La OMS define el alcoholismo como la ingesta diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino tiene 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente muerte. Entre sus consecuencias a largo plazo se encuentran: daños serios en el hígado (cirrosis, cáncer), problemas del corazón, desordenes gastrointestinales y daños en el sistema nervioso. Hay dos tipos de dependencia al alcohol: física y psicológica. La dependencia física se releva por sí misma, cuando se interrumpe la ingesta del alcohol, con síntomas muy claros como la tolerancia, cada vez mayor, al alcohol y enfermedades asociadas a su consumo. Los efectos directos del alcohol en el sistema nervioso son la

depresión, como resultado de la disminución de la actividad, la ansiedad, tensión e inhibiciones.

El alcohol también afecta otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien, y esto ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos de largo evolución. También ocasiona problemas del hígado (cirrosis hepática). El sistema cardiovascular se ve afectado por cardiopatías. También puede aparecer una alteración sexual causando una disfunción en la erección del pene en el hombre y una desaparición en la menstruación en la mujer. Los síntomas del alcoholismo son entre otros: tolerancia a los efectos del alcohol, necesidad diaria o frecuente de alcohol para la función diaria, pérdida de control con incapacidad de interrumpir o reducir el consumo de alcohol, bebedor solitario, excusas para beber, episodios de pérdida de la memoria asociados al consumo del alcohol (ausencias negras), episodios de violencia asociados al consumo alcohol, deterioro en las relaciones sociales y familiares y en la responsabilidad laboral, ausentismo laboral, dolor abdominal, calambres, entorpecimiento, temblores, enrojecimiento y capilares de la cara dilatados (especialmente en la nariz), confusión, cansancio y agitación, insomnio y taquicardia, (p. 12-13)

UNIDAD III. PSICOPATOLOGÍA FORENSE

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en capacidad de apropiarse los conceptos centrales que relacionan la psicopatología forense y el actuar de la psicología y psiquiatría forense, frente a diferentes temas que involucran a menores, la violencia de género, la psicopatología en el ámbito laboral y procedimientos familiares.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. El menor infractor y sus implicaciones forenses

El art. 1 de la Convención de los Derechos del Niño establece que menor es toda persona que no haya alcanzado los dieciocho años, salvo que la legislación nacional establezca otra cosa. Por su parte, el art. 2 de las Reglas de Beijing señala que “menor es todo niño o joven que, con arreglo al sistema jurídico respectivo, puede ser castigado por un delito en forma diferente a un adulto”. La falta de un pronunciamiento concreto sobre la edad mínima de responsabilidad penal se debe a las dificultades de lograr un consenso mayoritario en razón de las diferencias existentes en las legislaciones de cada país.

El criterio esencial que debe tener en cuenta el legislador nacional para fijar una edad mínima es de carácter médico y psico-sociológico, por encima de la tradición o de las demandas puntuales de la sociedad, que se concreta en la capacidad de responsabilidad general por los actos cometidos, fundada en la suficiente madurez emocional, mental e intelectual.

Tengamos en cuenta que la madurez del individuo tiene carácter evolutivo y pluridimensional, complejo, difícilmente aprehensible con criterios biológicos rígidos como es la edad cronológica, por lo cual hay que realizar una “interpretación favorable al reo”, estimando que no ha alcanzado la madurez suficiente para hacerle responder penalmente y, con ello, establecer una alta edad mínima de responsabilidad penal. Por otra parte, el concepto de responsabilidad debe vincularse a la capacidad de discernimiento y comprensión individuales y a otros derechos y responsabilidades sociales para que no pierda sentido.

Debe señalarse que no siempre el establecimiento de la edad penal mínima conlleva una responsabilidad punitiva, en el sentido de la imposición de auténticas “penas” o “medidas penales”, pues depende del modelo de respuesta de cada país a la delincuencia juvenil.

1.1 Tipos de conductas delictivas entre los jóvenes

Gallardo, M (2007), propone que

Entre los jóvenes predominan cuantitativamente las infracciones contra la propiedad: hurtos, robos con fuerza en las cosas, robos con violencia o intimidación, agresiones, etc. De entre ellos el hurto es el delito cotidiano. Los hurtos más frecuentes son el de vehículos y los hurtos en comercios, en cuya comisión la participación de niños y jóvenes ha aumentado considerablemente, si bien, a la hora de valorar los datos estadísticos hay que tener en cuenta su menor habilidad y, por tanto, su mayor probabilidad de ser sorprendidos. En los últimos años han aparecido también nuevas conductas asóciales: destrucción de espacios, edificios o mobiliario urbano, desórdenes y alteración de la paz pública, apropiación lúdica de objetos de consumo; delitos cometidos por los gamberros del fútbol, actos violentos de protesta, delitos relacionados con el consumo de drogas o alcohol, etc.

En la mujer prevalecen los delitos contra la salud pública, seguidos en importancia por los delitos contra la propiedad y los delitos contra las personas.

Las estadísticas ponen en evidencia que existe un enorme desnivel entre el campo y la ciudad: las tasas de criminalidad son mucho más elevadas en las grandes ciudades. Así, para determinados delitos, se registra en las grandes ciudades a veces un número diez veces mayor que el campo. En las sociedades liberales se cometen probablemente más

delitos que en los sistemas sociales totalitarios, aun cuando en ambas formas de sociedad exista un desnivel entre la ciudad y el campo. Otro de los aspectos sociales clásicos relacionados con la conducta antisocial, es la clase social. Generalmente se observa que en las áreas socio- económicamente pobres y marginales se registran más delitos que las de mejor posición, pero esto sólo sucede en las zonas urbanas, pero no en las zonas rurales (Braithwaite, 1981).

En la ciudad es donde actúan con más intensidad los fenómenos de la industrialización, la burocracia, el crecimiento demográfico y urbanización de las sociedades postindustriales. Este tipo de sociedades ha traído ventajas innegables, pero también acentúan la desorganización social, los espacios privados minúsculos, los ruidos, el tráfico, las prisas, las aglomeraciones, la pobreza, el cosmopolitismo, la heterogeneidad y anonimato acarrear disfunciones importantes que van a incidir negativamente en el ámbito delincuencia: gregarismo, despersonalización, insolidaridad, debilitamiento de la propia identidad o conflictos culturales. Este cuadro se grava en barrios o zonas en los que reina el hacinamiento, la promiscuidad, la suciedad y el desorden urbanístico: áreas deprimidas que presentan tasas más elevadas de delincuencia.

2. Psicopatología forense en el ámbito laboral

Gonzales D., Tejero, R., García, E. & Delgado S. (2014), en su artículo titulado “Psicología Forense Laboral: Aproximación Conceptual y Guía Práctica, p.162 -207, argumenta que;

Quizás algunas personas puedan pensar que el mundo laboral y el mundo de la psicología forense poco tenga que ver, y sin embargo, la historia nos demuestra que ambas áreas se hayan íntimamente relacionadas (Clemente, 2008). Resulta evidente que en el ámbito laboral se pone en juego numerosas variables de tipo psicológico y que también existen un marco legal regulador de las relaciones laborales; es ahí donde surge la psicología forense laboral, en la interacción entre los factores psicológicos y condiciones que pueden afectar al trabajador y la normativa que regula el complejo mundo de lo laboral (Clemente, 2008).

Asimismo, la cultura de promoción de la salud en el contexto laboral existente, sobre todo en Europa, está haciendo que cada vez se regule más la prevención de riesgos laborales, entendiéndose la misma como el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la organización con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo (Llaneza, 2009).

Esta política en materia de prevención tendrá por objetivo la promoción de la mejora de las condiciones laborales dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y salud de los trabajadores. Con este propósito se tendrá en consideración las condiciones de

trabajo (características inherentes que puedan tener influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador), los riesgos laborales existentes (posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño, derivado del trabajo, cuya gravedad se valorara a partir de la probabilidad de que ocurra el citado daño y la severidad del mismo) y las alteraciones derivadas del trabajo (enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del empleo desarrollado) (Llaneza, 2009).

Por otra parte, debemos separar los distintos perfiles que puede tener el psicólogo dentro del ámbito laboral. Así, la psicología del trabajo y de las organizaciones se ocupa de cuestiones como la motivación o la satisfacción en la organización, mientras que la psicología jurídica laboral se ocupa de esos mismo asuntos pero en su vertiente legal (Clemente, 2008). A ambos perfiles debemos añadirle un tercero que cada vez está tomando más relevancia en el mundo del trabajo y que no es otro que el de los técnico superiores en prevención de riesgos laborales, y más concretamente los especialistas en ergonomía y psicología aplicada, quienes cada vez toman mayor protagonismo en las organizaciones de trabajo, no solo en sus aspectos preventivos, sino también en su actuación como peritos en los tribunales de justicia (Barba, 2007; Fernández- Jiménez, 2007). De este modo, la salud laboral será un factor de litigio entre trabajadores, empresas e instituciones públicas, siendo este el contexto de actuación del psicólogo forense laboral.

La actuación del perito psicólogo en el ámbito laboral se va a desarrollar fundamentalmente en cuatro áreas (Esbec & Gómez –Jarabo, 2000): 1) la capacidad de contratación, 2) la aptitud para el trabajo, 3) la determinación de accidentes de trabajo y 4) la incapacidad laboral. A estas cuatro áreas propias de la jurisdicción social debemos añadir una quinta con relación a la jurisdicción contenciosa – administrativa en la que el perito también puede ofrecer sus servicios, que no es otra que la reclamación de daños a la administración pública (Marcos –Gonzales & Molina, 2007; Vallejo-Dacosta 2005).

Entre las patologías que se pueden relacionar en el ámbito laboral y en las cuales se relaciona el actuar de la psicología forense, se encuentran:

- El estrés laboral
- El burnout o síndrome del quemado
- El mobbing o acoso psicológico en el lugar del trabajo

2.1 Patología y capacidad laboral

Gonzales D., Tejero, R., García, E. & Delgado S. (2014), argumentan que;

Los trastornos que se asocian con más frecuencia a la valoración sobre incapacidades o ineptitud en el entorno laboral no son necesariamente las patologías psiquiátricas mayores, ya que a menudo personas con esas psicopatologías han quedado excluidas de la actividad laboral en edades temprana (Delgado et al., 2011; Gold & Shuman, 2009).

Por otra parte, mientras que el absentismo laboral está asociado con la presencia de patologías médicas, las personas con trastornos psicopatológicos pueden presentar lo contrario, el “presentesismo”, que es aquella incapacidad laboral en la que el trabajador acude al trabajo pero no rinde con toda su capacidad y muestra déficit de rendimiento (Dewa, Lin, Kooehoorn, & Goldner, 2007), lo que parece más habitual en trastornos relacionados con ansiedad o depresión, donde el propio trabajador que no es motivo suficiente para no acudir a su puesto de trabajo (Druss et al., 2002). Por otra parte en los supuestos de ineptitud laboral sobrevenida de trastorno mental, habitualmente el trabajador presenta un déficit en las capacidades o aptitudes de las que dispone para hacer frente a las demandas del puesto de trabajo (Delgado et al., 2011).

Asimismo, en el contexto pericial/forense, el profesional de la psicología (o cualquier otra disciplina) deberá prestar especial atención a la posibilidad de actitudes distorsionadoras en los trabajadores evaluados debido a posibles ganancias secundarias, ya que son comunes las actitudes de simulación (y sobresimulación) de psicopatología, relacionadas con la intención de obtener incapacidades con subsidios o indemnizaciones; igualmente pueden aparecer actitudes de disimulación, habitualmente relacionadas con la intención del trabajar por retornar a su puesto de trabajo a pesar de padecer limitaciones reales (Delgado et al., 2011. Esbec & Gómez –Jarabo, 2000)

Por último, los autores Gonzales D., Tejero, R., García, E. & Delgado S. (2014), concluyen que;

El campo de actuación de los peritos ante estos supuestos es amplio y debe abrir la mente de aquellos que únicamente asocian la disciplina forense con contextos penales o criminológicos. No debemos obviar que el ser humano pasa gran cantidad de su vida dentro de organizaciones laborales en la que, de un modo u otro, habrá de enfrentarse a distintas situaciones susceptibles de generar malestar psíquico; es por ello que deben existir profesionales peritos cualificados en estas materias para poder asesorar de forma objetiva a los jueces y tribunales que deban dar respuesta judicial a estos problemas.

3. Evaluación psicológica forense en acusados de delitos sexuales

El presente aparte, corresponde al artículo de libro publicado por José Ignacio Ruiz, titulado “Evaluación psicológica forense en acusados de delitos sexuales”, en el libro Psicopatología Forense. Comportamiento Humano y tribunales de Justicia (2014), p. 266- 288.

En primer lugar, es de gran importancia mencionar las áreas de evaluación de posible perfil de

agresores sexuales, en estas se encuentran las,

Áreas no sexuales

- ✓ Historia de vida
- ✓ Autoestima
- ✓ Responsabilidad (Cumplimiento compromisos)
- ✓ Trastornos mentales y de personalidad (especialmente trastornos de psicopatía, límite y narcisista)
- ✓ Relación con drogas
- ✓ Actitudes sexistas
- ✓ Relaciones de pares (amigos/compañeros de trabajo)

Áreas de sexualidad

- ✓ Preferencias sexuales
- ✓ Aprendizajes sexuales (Historia de relaciones de pareja e íntimas, adquisición de conocimientos)
- ✓ Fantasías sexuales
- ✓ Identidad de género
- ✓ Orientación de género
- ✓ Creencias y distorsiones cognitivas
- ✓ Deseabilidad social sexual
- ✓ Obsesiones sexuales
- ✓ Empatía

En segundo lugar, se resalta lo propuesto por Ruiz, J. (2014) en relación con las tipologías de agresores sexuales, argumentando que;

Como ejemplo de la diversidad de preferencias sexuales y del modus operandi en la realización de estos delitos se servirán algunas tipologías propuestas por diversos autores, no con el fin de establecer una tipología definitiva de estos delincuentes –

objetivo, por otra parte, lejano de alcanzar aun, en nuestra opinión-, sino con el fin de mostrar precisamente la variedad de este tipo de conductas y con ello evitar el riesgo de caer en una clasificación simplista y rígida. Por ejemplo, Cáceres (2001) propone que para establecer una tipología de violadores se tuviera en cuenta aspectos como el nivel de agresión empleada, el grado de importancia del comportamiento sexual frente a los delitos con motivación psicopática, el grado de sadismo empleado como parte de la gratificación sexual del desviado, y las manifestaciones expresivas del agresor detonadoras de demostración auto-afirmativa de poder o devolución de ira. Para Garrido (2003 citado por los trabajos de Groth), los violadores pueden clasificarse en tres subgrupos de acuerdo a la motivación principal que les induce:

1. Búsqueda de poder y control sobre la víctima, lo cual correlaciona con falta de control en otras áreas de la vida.
2. Como expresión de odio o ira, lo cual suele conllevar un grado de lesiones físicas elevadas.
3. Motivación por sadismo, asociadas a personalidades psicopáticas y antisociales, que buscan excitarse con el sufrimiento de la víctima.

Por su parte, Holmstrom y Burgess (1980 citados por Cáceres, 2001) añaden otros dos tipos:

1. La de quienes llevan a cabo la agresión en grupo, bajo una “camaradería machista” y
2. Aquellos eventos en los que predomina la experiencia sexual.

Por su lado, Gibbens (en Cáceres, 2001) diferencia en quienes intentan la violación con niñas menores de 14 años, los violadores agresivos, que hacen uso de la violencia en otras facetas de la vida, y los demás violadores, sin antecedentes criminales o psicopatológicos previos.

En cuanto al abuso sexual, se diferencian entre abusadores primarios y secundarios (Echeburua & Guerricaechevarria, 2000). Los primeros corresponderían a los paidófilos, es decir, quienes se sienten atraídos sexualmente por niños de ambos sexos, aunque suelen ser más frecuente la atracción hacia las niñas. Su conducta es persistente, compulsiva y predictiva, buscando y creando las circunstancias que permitan acercarse al menor, lejos de la protección que pudiera brindar otro adulto. Es muy probable encontrar en estos agresores fuertes distinciones cognitivas, que llevan a atribuir el acercamiento y la conducta de seducción al niño, que contemple el abuso sexual como una expresión más de cariño y/o que afirme el carácter inofensivo del contacto sexual, negando cualquier perjuicio que ocasione al niño. Por todo ello, no tienen conciencia de estar afectados por un problema de comportamiento, lo cual lleva a la reincidencia y a un pronóstico negativo en el caso de que inicien un tratamiento.

Por su lado, los abusadores secundarios no presentan una disposición original a tener relaciones sexuales con menores, sino que llegan a este tipo de conductas influidos por estresores psicosociales –soledad, problemas de pareja, laborales, de otro tipo-. La conducta de abuso episódica, impulsiva en lugar de planeada y que puede llegar a ser percibida por el agresor como inadecuada, que genera posteriormente vergüenza y remordimiento, ya que se percibe lo inapropiado de la misma para el menos. Debido a esta conciencia de padecer un problema de conducta, que afecta negativamente a todos los involucrados, su disposición al tratamiento es positiva, y el pronóstico es favorable.

Entre los temas que se recomienda profundizar a los estudiantes y los cuales se contemplan en el artículo de libro publicado por José Ignacio Ruiz, se relacionan los siguientes

- ✓ Trastones mentales en los agresores sexuales
- ✓ Agresores sexuales mujeres
- ✓ Agresores juveniles
- ✓ Evaluación de áreas específicas
- ✓ Fantasías sexuales
- ✓ Actitudes sexista
- ✓ Empatía
- ✓ Creencias y distorsiones cognitivas sobre la sexualidad y el delito sexual

4. La motivación delictiva

Este aparte tratara de referir algunos aspectos que podrían explicar el impulso de los individuos al actuar.

Procesos motivacionales: Existen múltiples y diferentes causas que determinan la conducta (acciones u omisiones). En general, no resulta tarea fácil comprender la causa de las conductas. Tampoco es tarea sencilla comprender las motivaciones delictivas.

Premisas esenciales en el estudio de la motivación: Dificultad en el análisis y comprensión de las motivaciones delictivas. Los procesos motivacionales de los delincuentes no difieren tanto como se podría imaginar de los de los no delincuentes; los procesos son similares, pero no lo que los fundamenta.

El estudio de la motivación en humanos se ha dirigido a responder a diversas cuestiones:

- ¿Por qué se genera o mantiene una determinada conducta?
- ¿Qué diferencias motivacionales existen entre personas?
- ¿Se buscan fuentes de estimulación que generen esas motivaciones?

Definición de motivación: “Es un constructo teórico que puede ser definido como un proceso multideterminado que energiza y dirige el comportamiento hacia un objetivo” Kleinginna y Kleinginna (1981)

4.1 Perspectivas históricas sobre la motivación:

Biológica: determinista. La biología regula las emociones.

Conductual: la motivación es un proceso fundamentalmente aprendido.

Sociocognitiva: gran importancia de los pensamientos en emociones

4.2 Definición y principales conceptos motivacionales

Aportaciones más relevantes al estudio de la motivación:

- ✓ **McDougall (1908)** La motivación está determinada por los instintos. Sus trabajos son la base de la Etología (K. Lorenz).
- ✓ **Paulov (1927).** La motivación es una activación del SNC. Desarrolla el paradigma del condicionamiento clásico para “motivar” conductas.
- ✓ **Thorndike (1898).** El aprendizaje es la base principal de la motivación.
- ✓ **Hull (1943).** Introduce el concepto de impulso para explicar la conducta motivada. El impulso es el resultado de un desequilibrio físico del organismo que tiende a ser reequilibrado.
- ✓ **Spence (1956).** Incorpora el concepto de incentivo al estudio de la motivación.
- ✓ **Bandura (1977).** Basándose en los mapas y esquemas cognitivos de Tolman propone que los motivos están determinados por expectativas: sobre uno mismo (de autoeficacia); sobre lo que se espera que ocurra al finalizar esa conducta (de resultado).
- ✓ **Weiner (1980).** Modelo atribucional. Buscamos explicar las causas de las conductas. Las

atribuciones resuelven el desajuste entre lo que esperábamos y lo realmente ocurrido. Existen autoatribuciones, heteroatribuciones y un rasgo atribucional.

- ✓ **Maslow (1954).** Modelo jerárquico. La motivación se dirige a satisfacer las necesidades más básicas y sólo después se intentan las superiores.

En la base de una estructura piramidal están situadas las necesidades primarias; en la cúspide las psicológicas

- De autorrealización
- De autoestima
- De afiliación
- De seguridad
- Fisiológicas

4.2.1 Anticipación

La mayor parte de los procesos motivacionales son consecuencia de un proceso cíclico de 4 etapas:

4.2.2 Activación y dirección

Se desarrollan expectativas sobre lo que sucederá. Se experimenta un deseo de conseguir una meta.

4.2.3 Aproximación y retroalimentación

La conducta motivada se activa por un estímulo intrínseco (interno) o extrínseco (externo). Se llevan a cabo acercamientos a la meta mediante diferentes estrategias que van siendo evaluados en base a su éxito o no.

4.2.4 Resultado

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Se valoran las consecuencias de la conducta. Se analizan los obstáculos. Aparecen respuestas emocionales: satisfacción, frustración...La frustración puede provocar actividades positivas y constructivas o no: desorganización, agresividad, alienación, apatía...

El sexo es una de las motivaciones primarias básicas en los humanos. Está centrada en la supervivencia y el placer y regulado por factores sociales, cognitivos y de aprendizaje.

4.3 Motivación delictiva en homicidios

4.3.1 Indicadores vinculados a las categorías delictivas de homicidio

Asesino psicópata (organizado)	Asesino psicótico (desorganizado)
Padre ausente, delincuente o violento	Madre con psicopatología
Frecuentes antecedentes penales	Raramente tiene antecedentes penales
Antecedentes psiquiátricos infrecuentes	Frecuentes antecedentes psiquiátricos
Uso de alcohol o estupefacientes	No consumo de fármacos o han sido suspendidos
Vive en compañía	Vive solo o con sus padres
Sociable superficialmente	Solitario
Viaja mucho	Viaja poco
Antecedentes personales de violencia física	Comportamiento peligroso que anuncia el crimen
Posible premeditación del crimen	Sin premeditación (excepto en las paranoias)
Posible existencia de cómplices	Suele actuar solo
Largo dialogo con la víctima	Poco dialogo con la víctima
Torturas ante mortem	No realiza torturas
Martirio de la víctima	Actos desorganizados y violentos

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Sadismo sexual	No hay sadismo sexual
Ausencia de patología psíquica	Alucinaciones, delirios o síndrome depresivo
Esconde el cadáver de la víctima	Abandona el cadáver de la víctima

La mejor forma de conocer las motivaciones de los homicidas en serie es preguntarles a los protagonistas acerca de ellas.

Skrapec (1999) analizó las narraciones personales de un grupo de homicidas en serie e identificó que sus motivaciones se centraban en:

- ✓ Sensación de máximo poder/control y vitalidad durante el asesinato
- ✓ Alcanzaban la sensación de clímax debido al control de la situación
- ✓ Se autopercebían como omnipotentes; con poder sobre la vida y muerte
- ✓ Aunque fuera una sensación fugaz, era innegable y les aliviaba de su frecuente sensación de debilidad, insatisfacción, sinsentido y aburrimiento
- ✓ Los asesinatos les hacían sentir vivos, experimentar un éxtasis eufórico, y el desfogue de una ira violenta que les producía un gran placer.
- ✓ Como el estado placentero era de reducida duración después de cada asesinato se volvían más inquietos y agitados.

Según Hare (1999) y Lykken (2000) los homicidas en serie forman parte de las personalidades antisociales que presentan una distorsión de la autoestima. Más concretamente los asesinos en serie psicópatas buscan llamar la atención y les gusta confesar sus crímenes para autoafirmarse.

Ahora bien, es importante reflexionar entorno a la pregunta **¿Qué es lo que motiva la violencia de género?**

Según Echeburúa y Del Corral (2002) "... es el resultado de un estado emocional intenso la ira que interactúa con actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y solución de problemas) y unos factores precipitantes (estrés, consumo abusivo de alcohol, celos...) así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima.

Dutton (1995) ha definido tres perfiles básicos de maltratador:

- **Agresor psicopático:** presenta un patrón de desconsideración extrema hacia las normas

sociales, tiene antecedentes delictivos, falta de remordimiento y reacciones emocionales superficiales. Ejerce una violencia controlada a fin de someter y dominar a su víctima

- **Agresor hipercontrolado:** evitativo y pasivoagresivo hasta que la ira aparece como resultado de acumulación progresiva de frustraciones, Son grandes maltratadores emocionales.
- **Agresor cíclico/emocionalmente inestable:** incapaz de describir sus sentimientos, tiene gran temor a la intimidad y al abandono. No puede parar la agresión hasta que la ira y celos acumulados se han descargado

El mismo Dutton (1995) afirma que el agresor suele utilizar mecanismos de defensa en la argumentación de los hechos delictivos: Racionalización, negación, proyección, justificación, represión y minimización.

Varios autores consideran que uno de los desencadenantes principales de la agresión es la falta de control de impulsos del agresor:

- ✓ Cerca del 50% tienen un historial previo de violencia hacia una pareja anterior y han sido arrestados por otros crímenes violentos.
- ✓ Varios estudios realizados utilizando el MMPI muestran que los agresores tienen un bajo control de impulsos.

Otro grupo de autores no están de acuerdo con la hipótesis de la falta de control de estos agresores ya que:

- ✓ Dirigen sus ataques a sus parejas y no a otras personas.
- ✓ A veces levantan a sus víctimas de la cama para golpearlas.
- ✓ Cuando agreden apuntan el golpe donde no se verá y suelen parar antes de matar a sus víctimas

Otro interesante cuestionamiento es **¿Sufren los maltratadores algún tipo de psicopatología que propicie la violencia doméstica?**

- ✓ Psicosis o trastornos de conducta, o ambos combinados con consumo abusivo de alcohol (Echeburúa, 2000)
- ✓ Paranoia, siendo el delirio más frecuente el celotípico (Dutton, 1995)
- ✓ Depresión (Hammond y Carole, 1997)
- ✓ Trastorno antisocial, paranoico y narcisismo (Echeburúa, 2000)

- ✓ Trastorno límite de personalidad (Dutton, 1995)

Soria (2000) compara maltratadores homicidas y no homicidas encontrando diferencias en:

- ✓ Autoestima y locus de control
- ✓ Consumo de sustancias
- ✓ Uso de armas
- ✓ Hobbies
- ✓ Psicopatología (miedos, celos, depresión,,)
- ✓ Ideal de mujer
- ✓ Mecanismos de defensa ante el delito

UNIDAD IV. LA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE APLICADA A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

COMPETENCIA ESPECÍFICA

El estudiante estará en capacidad de conocer, comprender y aplicar las técnicas básicas que relacionan el proceder de la psicología y psiquiatría forense, que conllevan al desarrollo de un dictamen pericial, como prueba testimonial respaldado desde lo científico, de acuerdo con la legislación vigente, de tal manera que el discente conozca las normas jurídicas, y técnicas que le permitirán elaborar un informe pericial que sirve de apoyo a la administración de justicia.

TEMAS Y SUBTEMAS

1. La psicología y psiquiatría forense en la investigación de accidentes de tránsito

1.1 Psicología aplicada a la conducción

La psicología forense aplicada a la conducción, como apoyo en los procesos de investigación de accidentes de tránsito, involucra varios aspectos, que se mencionaran a manera general en el presente aparte.

Entre los aspectos en mención se encuentran:

- El factor humano
- La emoción y la conducción
- La atención y el procesamiento de la información
- La percepción, la sensación y la conducción
- El estrés y la conducción
- La personalidad y la conducción
- Actitudes y conducción.

Se invita a los estudiantes a profundizar en cada uno de los aspectos relacionados con atención, los cuales se encuentran en el documento titulado “Psicología aplicada a la conducción”, realizado por la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior de España.

1.2 Trastornos neuropsiquiátricos y accidentes de tráfico

El presente aparte se extrae, de lo propuesto por Galindo Menéndez

Los accidentes de tráfico (AT) son causa de graves costes socioeconómicos e incalculables sufrimientos humanos, lo que les convierte en nuestro medio en un indiscutible problema de salud pública. Conocer, con la mayor exactitud posible, los factores que contribuyen a su incremento, ofrecen una alternativa preventiva prioritaria. De entre estos factores, los relativos al papel de la psicopatología y variables de personalidad de los conductores en los AT, no han sido suficientemente atendidos por la investigación psiquiátrica. Así, la ausencia de guías formales en los textos psiquiátricos y la escasa bibliografía dedicada al tema, explicarían la falta de criterios uniformes profesionales para determinar la habilidad para conducir de los enfermos mentales.

Por otra parte, conducir un vehículo de forma óptima exige la integridad de numerosas funciones cerebrales, algunas de las cuales constituyen el fundamento fisiopatológico de ciertas enfermedades neurológicas y psiquiátricas (enfermedad de Parkinson, epilepsia, enfermedad de Alzheimer, depresión, esquizofrenia, etc.). La presencia de cualquiera de estas enfermedades supondría, por tanto, una merma de aquellas habilidades psicomotoras directamente relacionadas con la conducción de un vehículo, lo que podríamos denominar neurología de la conducción en sentido estricto y neurología de la psicomotricidad de una manera más amplia

En primer lugar, se revisará la bibliografía más relevante respecto a la influencia de las enfermedades psiquiátricas y su tratamiento en la conducción de automóviles abordando tres

interrogantes básicos:

- a) ¿los conductores que sufren un trastorno psiquiátrico se ven implicados con mayor frecuencia que otros en AT?;
- b) si esto fuera cierto, ¿qué trastornos o síndromes psiquiátricos provocan mayor o menor accidentabilidad?, y
- c) los fármacos utilizados para tratar estos síndromes, ¿aumentan o disminuyen el riesgo de AT en estos pacientes?

En segundo lugar, se analizará el impacto que sobre la conducción de vehículos tienen algunas de las enfermedades neurológicas más comunes.

Finalmente, se comentarán algunas cuestiones acerca del papel que pueden ejercer los profesionales sanitarios en relación con los aspectos anteriores.

La persona puede responder de manera refleja ante los estímulos del medio ambiente mediante reacciones reflejas, segmentarias o multisegmentarias, que dependen de la médula espinal y del tronco cerebral. Pero la persona puede también ejecutar actos voluntarios, que están vinculados al correcto funcionamiento del neocórtex y de otras estructuras auxiliares.

Las áreas motoras de la corteza cerebral son aquellas zonas donde se inician los impulsos bioeléctricos que se difunden hacia la vía motora piramidal (VP) y hacia las estructuras subcorticales de control (ganglios basales y cerebelo).

Los impulsos nerviosos que descienden por la vía piramidal activan los núcleos motores periféricos desencadenando así el movimiento. Debe tenerse en cuenta que el acto motor, para que sea ejecutado adecuadamente, tiene que estar supervisado y guiado por los sistemas informantes musculo articular, auditivo, visual y vestibular.

Un acto motor realizado con éxito implica los siguientes aspectos: dinamización, coordinación, ajuste espacial, ajuste temporal y programación motora global. La dinamización consiste en la excitación y activación de las unidades motoras voluntarias. La coordinación se refiere, ante todo, a la necesaria colaboración que debe existir entre los músculos que participan en la realización de un movimiento determinado, pero también a la colaboración de las distintas partes del cuerpo que participan en un mismo movimiento. El ajuste espacial de la motricidad adapta los movimientos que realizamos al sistema de coordenadas espaciales centrado en torno al sujeto que actúa.

El ajuste temporal de la motilidad supone que todo movimiento se desarrolla en el tiempo y puede ser considerado como la secuencia de movimientos elementales que se suceden unos a otros. Finalmente, la programación motora global es un componente básico de cualquier acto motor; los programas o planes de acción son plenamente conscientes cuando realizamos un acto nuevo o

difícil, y más o menos inconscientes cuando llevamos a cabo una acción repetitiva, aprendida y, por ello, en gran parte automatizada.

Para cada uno de los anteriores componentes elementales del acto motor existe en el cerebro un área especializada. El área motora primaria (área 4) es la principal puerta de salida de los impulsos que activan y dinamizan los músculos a través de la vía piramidal. Las áreas motoras de control son las responsables de la coordinación (corteza del lóbulo parietal), ajuste espacial (córtez parietooccipital), ajuste temporal (área motora frontal) y programación (córtez prefrontal) del acto motor. Estas áreas motoras de control actúan directamente sobre las neuronas motoras periféricas por medio de axones que se incorporan a las vías piramidal y extrapiramidal o bien regulan la actividad del área motora 4 por medio de haces asociativos (VA).

Un último aspecto se refiere a las funciones de control que ejercen las estructuras subcorticales sobre el acto motor. Aunque las funciones realizadas por el sistema motor extrapiramidal son muy complejas y no están totalmente aclaradas, se sabe que los circuitos córtico-estriato-tálamo-corticales se encargan de iniciar y regular la actividad motora, mientras que las conexiones descendentes extrapiramidales que terminan en los núcleos motores periféricos medulares tienen a su cargo las respuestas motoras automatizadas, las actitudes y posturas, las sincinesias, los movimientos defensivos espontáneos y la personalidad motora o estilo de moverse.

Por último, el cerebelo controla casi todas las actividades corticales psicomotrices, garantizando una serie de características como la eutonía, eumetría, euergia, eucronía y eudiadococinesia.

A partir de todo lo anterior, parece razonable pensar que aquellas enfermedades que afectan a una o varias de las estructuras nerviosas que intervienen en la conducción de un vehículo exigen una especial atención por parte del clínico para, llegado el caso, determinar la habilidad para conducir de sus pacientes, sobre todo si tenemos en cuenta que la conducción no es más que un caso particular de habilidad psicomotora compleja.

1.2.1 Trastornos psiquiátricos y conducción de vehículos

Galindo Menéndez, propone que,

Aunque no existen muchos trabajos que intenten determinar en qué proporción de AT están implicados conductores con historia conocida de enfermedad psiquiátrica, tomados en conjunto los pacientes psiquiátricos tienen una mayor tasa de accidentabilidad que los grupos de comparación. Waller encontró que a pesar de conducir un menor número de millas por año que la muestra de comparación, las personas con enfermedad mental tenían doble accidentabilidad. Idéntica proporción encontraron Crancer y Quiring para el conjunto de pacientes, pero con considerables diferencias en función de las diferentes agrupaciones diagnósticas. Estos 2 estudios presentan insuficiencias metodológicas importantes (sesgo de selección en las muestras, ausencia de un verdadero grupo control

comparativo) y sus resultados, aunque orientativos, no son determinantes.

Intentando paliar tales deficiencias existen 2 estudios posteriores: Eelkema et al, empleando un grupo control comparativo en edad y sexo con 238 pacientes psiquiátricos agrupados por diagnósticos, encuentran resultados similares a los de Crancer y Quiring: los pacientes tenían una mayor tasa de accidentabilidad con diferencias en función del diagnóstico; Kastrup et al, utilizando los registros centrales daneses tanto de notificaciones de AT como de hospitalización psiquiátrica, compararon las características de los accidentes en los que estuvieron implicados los pacientes con el total de AT en los que hubo un daño personal; en conjunto, los pacientes resultaron lesionados con mayor frecuencia aunque también estuvieron implicados en mayor proporción en atropellos a peatones, conducción de vehículos prestados, robados, o de alquiler, conducción sin permiso de conducir, sin cinturón de seguridad o bajo los efectos del alcohol; los pacientes varones fueron responsables del 4% de todos los AT daneses durante el período de estudio (2 años), las mujeres del 6,5% (contribución desproporcionada en ambos casos si tenemos en cuenta que los ingresos psiquiátricos durante el curso de cualquier período de 2 años en Dinamarca sólo afectan al 1% de la población).

Así pues, y a pesar de las insuficiencias metodológicas comentadas, parece que en conjunto los pacientes psiquiátricos tienen una mayor accidentabilidad de tráfico que los grupos de comparación; sin embargo, existen importantes diferencias si los pacientes son agrupados por categorías diagnósticas.

1.2.2 Categorías diagnósticas y accidentes de tráfico

Galindo Menéndez, propone que,

Las enfermedades psiquiátricas no son nosológicamente homogéneas; existen diferentes categorías diagnósticas con características psicopatológicas, pronósticas y terapéuticas cada vez mejor definidas. Para nuestro propósito consideraremos las siguientes agrupaciones: a) trastornos mentales orgánicos, definidos por la presencia de un daño cerebral; b) psicosis funcionales, caracterizadas por anomalías neurobiológicas complejas sin evidencia de daño patológico y que incluyen la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva; c) trastornos neuróticos, de ansiedad, por estrés y de funciones fisiológicas como el sueño; d) trastornos de personalidad, que incluyen modos o estilos de conducta persistentes y clínicamente significativos como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, y e) trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas ilegales).

Trastornos mentales orgánicos. Incluyen aquellos trastornos que tienen en común una lesión o disfunción cerebral demostrable. Ésta puede ser aguda y reversible como

consecuencia de una enfermedad sistémica (delirium) o crónica y progresiva como en los procesos degenerativos cerebrales (demencia). A pesar de que las manifestaciones psicopatológicas de los trastornos mentales orgánicos son variadas, generalmente son constantes las alteraciones de la atención, memoria, inteligencia, conciencia y capacidad de aprendizaje. Además, la coordinación motora y el juicio crítico suelen estar deteriorados.

Evidentemente tales manifestaciones clínicas afectarían a las habilidades propias de la conducción. Las consecuencias de la patología cerebral sobre los rendimientos psicomotores propios de la conducción se iniciaron con muestras de pacientes afectados de lesiones secundarias a traumatismos o accidentes cerebrovasculares y sólo más recientemente en pacientes con síndromes demenciales, como la enfermedad de Alzheimer. Se ha comunicado una mayor tasa de AT en conductores mayores de 60 años con problemas de memoria o concentración, y no en aquellos de igual edad, pero sin deterioro, cuando se compararon con sujetos de edad comprendida entre los 30 y los 59 años; otro estudio revela que cerca del 10% de los conductores que han sufrido un accidente cerebrovascular tienen un deterioro significativo de sus funciones superiores.

En los estudios de pacientes con demencia clínica se constata que el 30% de una muestra de 53 casos había tenido al menos un accidente desde el inicio de la enfermedad o que el 47% de un grupo con demencia de tipo Alzheimer había tenido accidentes desde el comienzo de la enfermedad en comparación con el 10% de un grupo control de edad similar en un período de 5 años.

Más contundente resulta el trabajo de Gilley et al: de 522 pacientes consecutivos con demencia clínica, 333 conducían automóviles con permisos de conducir vigentes en el momento del inicio de la enfermedad, situación que se mantuvo durante una media de casi 29 meses tras el diagnóstico; más importante, de 93 pacientes que aún conducían en el momento del estudio, 21 habían tenido al menos un AT en los 6 meses previos.

Si se tiene en cuenta que para el año 2000 cerca de un 25% de todos los conductores serán personas mayores de 55 años y que posiblemente el número de accidentes, así como la gravedad de las lesiones corporales aumentarán de forma alarmante en los mayores de 65 años, la cuestión se plantea desde una doble perspectiva: ¿el envejecimiento normal es un factor de riesgo en los AT? y, por otra parte, si la presencia de una demencia clínica aumenta cinco veces el riesgo de AT, ¿cómo evitar demoras en el tiempo de conducción tras el diagnóstico y cómo evaluar las habilidades para la conducción en pacientes con demencia en estadios clínicos iniciales? Actualmente no existe unanimidad para responder a la primera pregunta; si bien algunos autores sugieren que el riesgo absoluto para los conductores ancianos continúa siendo bajo, es posible que no siempre se hayan considerado los cambios en los hábitos de conducción de los ancianos, como conducir menor número de kilómetros al año o evitar la conducción nocturna.

Respecto a la segunda pregunta, la inutilidad de intentar autodeclaraciones de incapacidad por parte de los pacientes y la ausencia de indicadores clínicos claros, por no existir una correlación significativa entre los tests de rendimiento psicomotor y las habilidades propias para conducir, aconsejarían que sólo la valoración directa en situación de las habilidades y no tanto una etiqueta diagnóstica o la puntuación aislada de un test de funciones mentales, podría ser la guía para seguir conduciendo o no en los casos de demencia.

Psicosis funcionales.

1. Esquizofrenia. Aun siendo una enfermedad psiquiátrica grave con una prevalencia vital del 1%, que provoca serias alteraciones de la percepción y del curso contenido del pensamiento y pese a que en su etiopatogenia están implicadas las áreas temporolímbicas y el córtex prefrontal, los resultados de la investigación en relación con los AT no son concluyentes. Así, la tasa de accidentes en sujetos esquizofrénicos fue equiparable a la de los grupos de comparación en algunos estudios. Sin embargo, Edlund et al encontraron una mayor tasa de AT entre un grupo de 103 esquizofrénicos cuando se compararon con un grupo control al considerar que los pacientes conducían sustancialmente menos que los controles y, así, tenían un mayor riesgo de accidentes por millas conducidas.

2. Psicosis maniaco-depresiva. Los pacientes con psicosis maniaco-depresiva (trastorno bipolar) generalmente alternan períodos de manía y depresión con otros libres de síntomas en distintas combinaciones. Durante un episodio maniaco el sujeto presenta de forma característica un estado de ánimo eufórico, expansivo o irritable, junto a otras alteraciones acompañantes como grandiosidad, insomnio, distraimiento, verborrea, agitación e implicación en actividades de riesgo (gastos excesivos de dinero o conducción temeraria).

Aunque son potenciales conductores de elevado riesgo, no existe una evidencia firme al carecer de estudios adecuados que valoren la tasa de AT en pacientes maniacos.

Ya sea formando parte de una psicosis maniaco-depresiva [depresión bipolar] o no (depresión unipolar), la depresión ha merecido más atención que la manía en relación con las habilidades para conducir y la accidentabilidad. A pesar de formar parte de sus síntomas significativos la tristeza y la anhedonia, la apatía y el desinterés, las dificultades de concentración, los trastornos del sueño y del apetito, el cansancio, la agitación o el retardo psicomotor, el pesimismo y los pensamientos de muerte o suicidio, la mayoría de los trabajos se han centrado en este último aspecto: autocidios (conducta suicida utilizando el automóvil) o conductas para suicidas (conducción temeraria). Si bien los estudios pioneros encuentran una estrecha relación entre conducta suicida y AT, es posible que sólo el 1,7% del total de accidentes graves se justifique como intentos de suicidio e incluso se dude seriamente del papel que la motivación suicida puede

desempeñar en la accidentabilidad viaria. De acuerdo con Tsuang et al, esta discrepancia se debe a que los estudios iniciales fueron realizados por autores de orientación psicoanalítica y sin un adecuado análisis de los resultados; por el contrario, los estudios posteriores emplean una metodología más rigurosa tanto en la recogida de datos como en el procesamiento estadístico y sus conclusiones muestran una falta de evidencia significativa entre la motivación suicida y los AT. Otro aspecto a tener en cuenta es la constatación cada vez más fundamentada de la existencia en la depresión de una disfunción regional cerebral, que incluiría áreas como el córtex frontotemporal, núcleo caudado, hipotálamo y tronco cerebral límbico, algunas de las cuales intervienen en la psicomotricidad y, por tanto, en la actividad motora relacionada con la conducción de un vehículo.

3. Trastornos de ansiedad, adaptativos, por estrés y del sueño. La ansiedad es un complejo fenómeno psicobiológico que implica una activación neuroendocrina y de los procesos mentales, que es necesaria para la óptima ejecución de tareas psicomotoras y de aprendizaje. Así, la llamada ley de Yerkes-Dodson en "U" invertida establece que la relación entre rendimientos y ansiedad es lineal siempre que ésta no sea excesiva; cuando esto ocurre, los rendimientos se estabilizan e incluso pueden disminuir. Aunque los estudios sistemáticos de los efectos que ejercen los distintos trastornos de ansiedad sobre las habilidades de ejecución en general y las necesarias para conducir en particular son escasos, se ha comunicado que los pacientes psiconeuróticos presentan hasta un 50% más accidentes que los controles.

La relación entre situaciones estresantes y AT no está aclarada. Si bien los estudios iniciales encontraron que el riesgo de accidentes graves para las personas que habían experimentado un estrés social reciente era cinco veces mayor que el de aquellas sin estrés objetivo, estudios más recientes no encuentran relación significativa entre acontecimientos vitales y AT. Dormirse al volante sin una causa médica subyacente es una posibilidad peligrosa en los conductores profesionales y cuando se realizan viajes muy largos en el menor tiempo posible. No obstante, la hipersomnias diurna puede ocurrir como consecuencia de al menos 20 trastornos médicos diferentes.

La sintomatología esencial de la hipersomnias consiste en una excesiva somnolencia o la presencia de crisis de sueño durante las horas de vigilia diurna, suficientemente intensas como para producir alteraciones en las actividades sociales o laborales. Las causas más frecuentes de hipersomnias están relacionadas con los síndromes respiratorios que aparecen durante el sueño (apneas de sueño) y con la narcolepsia-cataplexia. Su presencia podría explicar una importante proporción de AT (hasta un 13%²⁵). Por otra parte, el insomnio crónico de cualquier origen se acompaña de fatiga diurna y dificultades en las actividades sociales y laborales, de tal forma que las personas con insomnio crónico pueden tener hasta dos veces y media más AT que las personas que duermen bien.

4. Trastornos de personalidad. La idea de que algunas personas pueden ser proclives

a los accidentes surge a principios de siglo en estudios realizados por Greenwood y Woods en medios industriales. Estos autores señalaron que ciertas personas tenían un mayor número de accidentes industriales de los que podrían deberse al azar, es decir, eran "propensas a los accidentes" como una característica estable y permanente de su personalidad. Si bien no se ha podido definir un "trastorno de personalidad de propensión a los accidentes", lo cierto es que rasgos como excesiva agresividad, impulsividad, inestabilidad emocional, irresponsabilidad, escaso apego a figuras de autoridad o a normas socialmente aceptadas, están asociados con una propensión a la conducción temeraria o a un incremento del riesgo de AT.

Estas características pueden aparecer como "estados" temporales en diversos trastornos mentales (manía, esquizofrenia, depresión) o como "rasgos" más permanentes de carácter comunes a diferentes trastornos de personalidad (trastorno antisocial, trastorno límite) y con una significación clínica fluctuante en el tiempo, por lo que sus riesgos serían temporales u oscilantes. Por lo tanto, aunque existe suficiente evidencia para apoyar el concepto de que ciertas personas pueden ser propensas a los accidentes, esto ocurriría sólo durante períodos de tiempo limitado, como máximo, a algunos años.

En cualquier caso, los trastornos de personalidad son, con el consumo de alcohol, uno de los factores de riesgo de AT más frecuentemente señalados por la mayoría de los autores, pues al fin y al cabo "se conduce como se vive".

5. Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Nadie podría a estas alturas poner en duda seriamente la relación estrecha entre el uso de alcohol y los AT. Algunas revisiones que tratan esta cuestión ofrecen hallazgos significativos: el uso de alcohol es la causa más importante del 50% de las muertes por AT; la mayoría de los conductores o peatones implicados en accidentes tras la ingestión de alcohol son alcohólicos o bebedores problema más que bebedores sociales; los alcohólicos tienen 4,5 veces más probabilidades de fallecer en un AT que las personas no alcohólicas de edad y sexo similares; el 24% de los conductores con edades comprendidas entre los 16 y los 19 años y el 54% de los de edades entre los 20 y los 24 años estaban legalmente intoxicados por alcohol en el momento de su fallecimiento en un AT.

Aparte de las investigaciones epidemiológicas, los experimentos controlados de laboratorio que utilizan simuladores de conducción demuestran la relación directa entre los valores crecientes de alcoholemia y el grado de deterioro psicomotor; además, esta relación no sólo se explicaría por los efectos fisiológicos del alcohol sino también por sus interacciones con las características de personalidad de los sujetos. Esto último, y la evidencia clínica de la importante comorbilidad del alcoholismo con diferentes trastornos psiquiátricos (ideación paranoide, depresión y trastornos de personalidad) justificarían que, en comparación con los no alcohólicos, la psicopatología desempeñe un papel más significativo en sus accidentes al hacer más probable que los sujetos manifiesten trastornos psicopatológicos subyacentes cuando están intoxicados.

A pesar de todo, la evidencia sugiere que el alcoholismo en sí mismo tiene un mayor peso específico en la accidentabilidad que los trastornos psiquiátricos con los que pueda estar relacionado, sin que esto suponga que la asociación no provoque una mayor vulnerabilidad. Además del alcohol, el uso de otras sustancias psicoactivas puede incrementar el riesgo de AT. Así, los estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, al ocasionar un incremento de la percepción de capacidades, desinhibición conductual e hiperactividad, obviamente pueden ser peligrosos en potencia si se conduce bajo sus efectos, aunque los estudios son realmente escasos. El cannabis puede alterar aquellas funciones psicomotoras relacionadas con la conducción; algunos estudios indican que los consumidores de cannabis tienen doble riesgo de AT^{2d}; para otros autores la relación es incierta. Por último, aunque para algunos autores los opiáceos no son un factor de riesgo importante, quizá sean necesarios más estudios para determinar sus riesgos reales.

1.3 Personalidad e infracciones frecuentes de normas de tránsito

El presente aparte, es extraído del artículo publicado por Durán, N. & Moreno, N. (2015) de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, Colombia. Titulado “Personalidad e infracciones frecuentes de normas de tránsito”

Resumen: La Organización Mundial de la Salud (2013), alerta a los gobiernos a tomar medidas urgentes para prevenir accidentes de tránsito. Si no se intervienen, en el 2030 serán la quinta causa de muerte. Este estudio establece el perfil psicológico de conductores de vehículo infractores frecuentes de normas de tránsito, en una muestra de 295 adultos de ambos sexos. Utilizando el cuestionario factorial de personalidad 16PF-5 y una escala de creencias, conocimientos, y comportamientos sobre seguridad vial, se identificaron relaciones significativas entre conducta infractora y creencias, además de los factores de personalidad y variables específicas que predicen la propensión a las infracciones frecuentes de normas de tránsito.

Palabras clave: personalidad, comportamiento social, normas de tránsito, infracciones.

Introducción: Conforme el hombre ha modernizado y aumentado sus medios de transporte terrestre, los riesgos y accidentalidad también se elevan notoriamente. Aunque los países han implementado progresivamente distintas reglamentaciones, campañas publicitarias educativas y técnicas pedagógicas de tránsito y transporte, desde el año 2007 las lesiones, traumas y muertes por accidentes de tránsito son significativamente alarmantes.

El último informe de la Organización Mundial de la Salud reportó 1,24 millones de muertes anuales en el mundo por incidentes de tráfico en vías públicas. Los países con ingresos medios presentaron las mayores tasas de mortalidad. En las naciones de las Américas las defunciones alcanzaron el 42 %, mientras que en los países con ingresos altos la proporción fue de 23 %. Peatones, ciclistas y motociclistas son el grupo humano más vulnerables en las vías (OMS, 2013).

En Colombia en el año 2014, el Instituto Nacional de Medicina Legal documentó 50.574 casos atendidos por accidentes de transportes durante el año. 6.402 personas fallecieron por esta causa (12,66 %) y hubo 44.172 lesionados (87,34 %). Las muertes aumentaron 2,94 % y los lesionados en 5,62% respecto al año 2013. Antioquia es uno de los cinco departamentos más afectados por muertes y lesiones en accidentes de tránsito con una tasa de 15,47 % fallecidos (987), y 85,06 % lesionados (5.425) por cada 100.000 habitantes. De estas cifras, Medellín aporta el 11,88 % de las muertes (290) y 2.965 de los lesionados.

El exceso de velocidad y la violación a las normas de tránsito fueron las causas más relevantes (Vargas, 2015). Aunque las sanciones al comportamiento infractor de las normas de tránsito son elementos importantes para la regulación de la convivencia y uso de las vías públicas, es necesario reconocer los aspectos psicológicos involucrados en la trama relacional que establecen los distintos actores viales, ya que la mayoría de los siniestros son, en gran medida, el resultado de un proceso decisional de quien conduce.

Varios estudios en psicología del tráfico han utilizado instrumentos de exploración de la personalidad (Ponce, 2015; Aniței, Chraif, Burtăverde y Mihăilă, 2014; Poó, Ledesma y Montes, 2008; Sümer, 2003), estilos cognitivos (Parker et al., 1992; Elander et al., 1993; Hansen, 2005) perceptuales (Jamenson, McLellan y Jackson, 1971; Summala y Näätänen, 1974; Wilde, 1982; Summala, 1988) y del comportamiento (Stokols et al., 1978; Knapper y Cropley, 1981; Reason et al., 1990), al analizar las influencias de las variables personales en la conducción.

En la revisión de antecedentes para este trabajo, no se halló evidencia sobre el uso del Cuestionario de Personalidad 16PF-5 (Catell, Catell y Catell, 1993), aunque sí el Big Five (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993) para la explicación de los factores de personalidad implicados en la accidentalidad vial. Taubman-Ben-Ari, Mikulincer y Gillath (2004, 2012) hallaron una relación altamente significativa entre estilos de conducción y personalidad.

Estos autores diseñaron el Inventario Multidimensional de Estilos de Conducción (MDSI) que permite evaluar el estilo de conducción a través de siete dimensiones: riesgo, agresión, disociación, ansiedad, prudencia, cordialidad y estrés. La agresión, la conducción riesgosa o temeraria y la búsqueda de sensaciones en los conductores hombres, constituyó el patrón diferencial predictor de riesgo, mientras que en las mujeres, la agresión, la cordialidad y el estrés fueron los predictores característicos de su estilo de conducción.

Aniței, Chraif, Burtăverde y Mihăilă (2014), en un estudio con 100 participantes jóvenes conductores de Rumania –país que ocupó el primer lugar en número de muertes por accidentes de tránsito en Europa–, utilizando el cuestionario de personalidad Big Five, encontraron que la baja estabilidad emocional, afabilidad y autoconciencia, así como la alta extraversión y apertura a la experiencia, predicen el comportamiento de conducción agresiva.

En España, Alonso, Esteban, Calatayud, Medina, Montoro y Egido (2003), insisten en que la investigación del factor humano en la seguridad vial es fundamental para orientar la intervención

en la prevención del accidente y sus causas, además de la utilidad del conocimiento psicológico –derivado de investigaciones– en la evaluación de conductores para el otorgamiento de las licencias y permisos para conducir.

En Argentina, Ledesma, Montes, Poó y López-Ramón (2009), al estudiar la falta de atención del conductor y las variables psicológicas relacionadas con el fenómeno de la conducción, concluyeron que las diferencias individuales en la falta de atención del conductor involucrado en accidentes de tránsito, son relevantes en los estudios de la siniestralidad vial. Aplicando la escala de errores de conducción y atención relacionados (ARDES), hallaron que los fallos en la conducción están fuertemente asociados con la propensión general al error, la falta de atención al realizar las actividades cotidianas y los rasgos de personalidad disociativos. Posteriormente, Montes, Poó, Valle y López-Ramón (2012, 2014), en estudio comparativo analizaron la relación entre las tendencias disociativas e incidentes de tránsito en conductores de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, aplicando la versión modificada de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) de Bernstein y Putman (1986), advirtieron que los sujetos que participaron en algún tipo de accidente de tránsito puntuaron más alto en la escala de experiencias disociativas y sus tres subescalas: amnesia, absorción y despersonalización.

La investigación de Norza, Granados, Useche, Romero y Moreno (2014) sobre los componentes descriptivos y explicativos de la accidentalidad vial en el territorio colombiano, realizada en 38 seccionales de tránsito y transporte de la Policía Nacional, encontró que los conductores con estilos de conducción iracundo, ansioso, riesgoso y de alta velocidad son los que cometen más infracciones y accidentes en el país. El desacato a las normas de tránsito es la principal causa de accidentalidad. La agresividad, hostilidad y estrés en el tráfico son factores que aumentan la probabilidad de incidentes. Las campañas de prevención no son captadas por la población más involucrada en los accidentes.

Discusión: En consonancia con Montoro, Alonso Plá y cols. (2003), este estudio ratifica la convicción de que el factor humano sigue siendo uno de los aspectos más complejos en la consideración de los componentes de la seguridad vial. La conducción temeraria, la falta de respeto a las normas de tránsito y las imprudencias al conducir están íntimamente relacionados con las características de personalidad de los conductores. Más investigaciones en esta área siguen siendo necesarias para fundamentar mejor las campañas de educación en movilidad y seguridad vial.

En esta investigación el objetivo de establecer el perfil psicológico de conductores infractores frecuentes de normas de tránsito permitió encontrar diferencias significativas en algunos factores de personalidad, según la comisión de infracciones habituales o no de normas de tránsito en conductores multados. Esta correspondencia hallada, coincide con algunos resultados de las investigaciones de Taubman-Ben-Ari, Mikulincer y Gillath (2004) sobre estilos de conducción y rasgos de personalidad, específicamente en lo que respecta al factor ansiedad.

Existe también coincidencia con las conclusiones del segundo estudio de Taubman-Ben-Ari y

cols. (2012), en relación con la correspondencia entre estilo de pensamiento y modos de conducción, referido en nuestros resultados a los nexos entre creencias y comportamientos. En lo que respecta a las diferencias en las variables de género y edad, así como en el estudio de Taubman-Ben-Ari y cols. (2004) encontramos que los hombres presentan una mayor propensión a las infracciones frecuentes de normas de tránsito que las mujeres, y que los varones son más proclives a tener conducción riesgosa y mayor riesgo de accidentes que las mujeres.

También se coincide con Aniței, Chraif, Burtăverde y Mihăilă (2014), respecto a que la inestabilidad emocional y el género masculino son probables predictores de infracciones de normas de tránsito y conducción riesgosa, mientras las mujeres tienden a tener más estabilidad emocional, estrés y afabilidad que los hombres, estos se orientan hacia el disfrute de la violencia, a la actuación agresiva y al negativismo en la conducción frente a las normas de tránsito. En la variable edad se evidenciaron contrastes en los resultados de nuestra investigación y los de Taubman-Ben-Ari y cols. (2010), mientras que para estos autores los jóvenes varones conductores (18-25 años) son más propensos a la conducción agresiva y temeraria, en nuestro estudio los hombres infractores frecuentes de las normas de tránsito se ubican entre los 36 y 50 años de edad.

El alto puntaje en el factor M (abstracción e impracticabilidad, y ensimismamiento), obtenido por la muestra de infractores frecuentes de normas de tránsito, coincide con las conclusiones del trabajo de Ledesma, Montes, Poó y López (2009), Montes, Poó, Valle y López (2012, 2014), que indican la relación entre personalidad disociativa, errores atencionales en la conducción e incidentes de tránsito.

Por otro lado, los resultados en relación a la variable nivel educativo de la población evaluada contradicen los hallazgos de Norza, Granados, Useche, Romero y Moreno (2014), para quienes los conductores con estudios superiores alcanzados inciden en menos accidentes; contrario a esto, la presente investigación evidenció que los infractores frecuentes de normas de tránsito, poseen nivel educativo con estudios de bachillerato, técnica, tecnológico, pregrado y posgrado. No obstante, en las variables de género y factores de personalidad, ambos estudios presentan significativas coincidencias.

1.4 Atención psicológica a personas involucradas en accidentes de tráfico

El presente aparte, es extraído del artículo elaborado por Acinas, A. (2007) y publicado por MAPFRE MEDICINA, Titulado “Atención psicológica a personas involucradas en accidentes de tráfico”

Resumen: Este artículo muestra cuáles son las manifestaciones psíquicas en un accidente de tráfico y cómo llevar a cabo la atención psicológica en los primeros momentos. Es interesante

prestar atención a las reacciones mostradas por niños y personas mayores y a las pautas de actuación para cada grupo.

Palabras clave: Accidente de tráfico, afectados, niños, personas mayores, atención psicológica.

La Psicología ha estudiado los Accidentes de Tráfico (AA.TT.) desde varios puntos de vista. Se ha hablado de la prevención de los mismos –aquí se encuadran las investigaciones de la Dirección General de Tráfico y del Instituto Intratras de Valencia, teniendo en cuenta las variables que influyen en el conductor y la forma de prevenir los AA.TT. Se han estudiado también las secuelas psicológicas posteriores a un Accidente de Tráfico (AT) (por ejemplo el llamado Trastorno de Estrés Postraumático o TEPT) y la intervención psicológica concomitante, a través del grupo de Echeburúa o con organizaciones como la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de Ansiedad y Estrés), con los profesores Miguel-Tobal y Cano-Vindel.

Otros autores se han ocupado de la rehabilitación psicológica que debe acompañar, en multitud de ocasiones, a la rehabilitación física y/o tras la pérdida de una parte del cuerpo o de la funcionalidad de la misma después del AT. Algunas de estas investigaciones han estado auspiciadas por el Instituto MAPFRE de Seguridad Vial en su interés por la seguridad y la prevención de accidentes de tráfico. Sin embargo, las investigaciones y los trabajos respecto a la atención psicológica in situ, en el propio lugar del AT, son muy escasas.

No obstante, algunos autores hablan de prevención de lesiones psicológicas apelando a la intervención psicológica temprana, en un corto periodo de tiempo tras el AT, con afectados o víctimas directas (familiares, amigos, testigos...). Esta intervención precoz podría ayudar a afrontar más exitosamente los difíciles momentos de verse implicado en un AT. Los AA.TT. tienen un coste de 160.000 millones de euros, lo que equivale al 2% del Producto Interior Bruto de la Unión Europea.

Este organismo se ha propuesto reducir a la mitad para el año 2010 la cifra de 40.000 fallecidos y 1.700.000 personas que sufren lesiones corporales por accidentes automovilísticos.

En esta dirección se prevé crear un Observatorio Europeo en Seguridad Vial, para coordinar las actividades de recogida y análisis de datos. En los últimos años se están produciendo avances significativos en la comprensión de los problemas ocasionados por los AA.TT. El coste de los mismos en términos de salud para la comunidad es muy elevado. No hay evidencia clara de que la severidad de las heridas físicas pueda predecir la probabilidad de desarrollar un TEPT.

La causa de los AATT suele ser multifactorial, nunca es única. Conocerlas nos puede facilitar el manejo de las reacciones de los afectados en la intervención psicológica (especialmente el manejo de la culpa centrada en uno mismo o dirigida hacia otros como causantes del AT). Cuando una persona conduce realiza esta actividad influida por tres factores: Z Estado físico, en el que influyen vivencias inmediatamente anteriores a la conducción (discusiones, disgustos...) y el consumo de sustancias. Z Formación más o menos correcta en la tarea de conducir. Z Actitudes

que interaccionan de forma compleja, que tienen en la educación vial su mejor aliada.

En lo que se refiere a accidentes laborales, en conductores profesionales, se establece una relación causal entre el desplazamiento y la prestación del trabajo, procurando no alterar la salida del domicilio o del trabajador. Además, los daños causados por AATT y accidentes laborales son considerables desde el punto de vista económico y social. También se ha visto que el 42% de los motoristas dejan de conducir motos tras un AT. Para los investigadores los accidentes automovilísticos que implican a peatones son problemáticos, pero todavía no se han llevado a cabo intervenciones y evaluaciones dirigidas al problema.

1.4.1 Manifestaciones psicológicas en afectados tras el accidente de tráfico

Cuando tiene lugar un AT se acrecientan las percepciones olfativas, visuales y auditivas de los afectados, lo cual puede resultar muy molesto para la persona que está implicada. El estado de sobreestimulación sensorial puede desbordar al sujeto y conducirlo a un estado de estupor con reducción del campo de la conciencia y la atención. En estas circunstancias, quienes están implicados pueden manifestar reacciones difíciles de manejar por varios motivos: porque la persona ha sufrido el AT de manera brusca o inesperada, lo ha provocado (intencionadamente, o no) o ha visto como alguien sufría el AT y necesita recibir ayuda de manera urgente... Hay algunas situaciones que pueden ilustrar esto: el conductor de un coche que resulta ileso por el accidente, pero cuyo acompañante presenta heridas muy graves con riesgo de muerte; o el accidente sobrevenido a un Guardia Civil atropellado por un camión mientras realizaba su trabajo en un control de carretera el 7 de marzo del año 2005.

Las personas también reaccionan, según sus predisposiciones genéticas, historia personal (aprendizajes, entrenamientos, experiencias...), la situación emocional en ese momento (problemas familiares, laborales, duelos u otras pérdidas recientes...), etc. En un estudio realizado en conductores de coches que sufrieron un AT se vio que las mujeres estaban más concienciadas que los hombres en cuestiones de seguridad respecto a la conducción. También ellas mostraban más síntomas físicos desproporcionados que los hombres conductores, en circunstancias relacionadas con un AT.

En personas que han sufrido un Traumatismo Cráneo-Encefálico (TCE), aunque no exista fractura craneal, se puede producir una lesión encefálica difusa. Entonces la atención sostenida de la víctima disminuye y puede dificultar la intervención psicológica. Además esta circunstancia puede estar asociada a irritabilidad, que también puede aparecer si el afectado está bajo los efectos del alcohol; en estas condiciones puede ser difícil mantener una conversación, especialmente si la persona cree que ha causado, aunque sólo sea en parte, el accidente. Generalmente se produce una amnesia postraumática. Aunque estén conscientes tras el AT a veces tienen lagunas de memoria; por ejemplo, no recordar cómo han salido del coche o si han volcado en la cuneta. Son reacciones normales, y como tales hay que transmitírselo a las personas o a los

acompañantes de las víctimas.

Se ha visto que el 50% de los involucrados en un A.T, presentaban traumas previos al propio accidente; asimismo la existencia de TEPTs anteriores al AT sensibiliza para poder sufrir otro TEPT.

Un accidente supone siempre una agresión a la integridad de la persona, con las siguientes implicaciones: 1. Significa una grave agresión a la integridad física, originando lesiones. 2. Representa una fuerte agresión a la integridad mental de los afectados, con el impacto emocional asociado. 3. La persona se ve abocada a afrontar procesos médicos y/o quirúrgicos prolongados, hospitalizaciones... 4. Significa una parada brusca en proyectos, expectativas, compromisos, (excepto en suicidios encubiertos o accidentes «deseados»). 5. Implica reformular la vida y los roles familiares. 6. Los problemas físicos pueden ser de tal magnitud que conlleven pérdida de capacidades, conductas de adaptación... La forma de percibir lo ocurrido y la manera de afrontarlo dependerá de su personalidad, de vivencias anteriores, de las características previas, de las características del accidente y de las lesiones, así como del contexto cultural, económico y social de la familia.

En los casos en que hay múltiples víctimas puede ser necesario hacer un triage psicológico, igual que se hace en cuanto a lesiones físicas en el ámbito médico. Algunos autores han planteado un modelo con diversos criterios de prioridad que favorecería estas tareas considerablemente.

1.4.2 Intervención con afectados por A.T.

Nadie está preparado para sufrir un accidente; por ser un hecho violento ocasiona un fuerte estrés (estrés postraumático), por ser súbito es inesperado e imprevisto, por ser externo, se vivencia como un ataque, una amenaza y por ser involuntario se siente impotencia y en muchos casos, culpa.

La intervención con los afectados va dirigida a disminuir la angustia y ansiedad, especialmente en los primeros momentos. Se trata de recuperar el equilibrio roto por la situación vivenciada. El hecho de enfermar supone una ruptura del equilibrio personal al tener que hacer frente a múltiples amenazas. Las secuelas psicológicas que se pueden originar remiten con el tiempo en la mayoría de los casos, pero el tiempo que pueden durar estas manifestaciones se reduce mucho con la intervención psicológica.. En un AT concurren una serie de circunstancias, además del tipo de reacciones que manifiestan las personas, que hace que se requiera una atención psicológica urgente, que no puede demorarse. Lo primero es cubrir las necesidades fisiológicas (hambre, sed...), después se hace necesario cubrir las necesidades superiores de orden psicológico, para no mermar la calidad de vida del individuo.

Además, indican que el objetivo de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento inmediato; lo cual incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación e

iniciar el proceso de solución de problemas. Por lo tanto, las intervenciones deberían ir orientadas a satisfacer la jerarquía de las necesidades.

Un AT viola el sentido de la seguridad y la invencibilidad. Se atribuye a causas externas lo ocurrido y se piensa que no se puede hacer nada al respecto. Entonces hay que recolocar el Locus de Control para que vuelva a ser interno y la persona ponga en marcha sus recursos cognitivos para hacer frente a la situación. Tras esta situación, que excede las capacidades adaptativas de la persona y que es inesperada, la persona debe adaptarse a la realidad, con más o menos esfuerzo.

El interviniente debe buscar la contención de una situación de peligro potencial y la resignificación de la crisis en la vida de la persona. Se trata de ayudarlos a recuperarse de forma rápida y efectiva, aceptando sus limitaciones y ayudándolos a descubrir recursos que pueden usar de inmediato.

La Intervención ante los AA.TT podemos incluirla dentro de la psicotraumatología: doctrina interdisciplinar sobre las heridas o lesiones psíquicas y sus múltiples consecuencias negativas para quienes las sufren. El centro es la persona o individuo capaz de ser amenazado, herido o lesionado, en sus necesidades más elementales, en su dignidad y libertad. Cada AT tiene sus aspectos traumáticos únicos que interactúan con las diferentes percepciones de toda persona implicada en el mismo. Aunque tras una situación generadora de crisis, la intervención se centre en el suceso acontecido, hay que situar lo ocurrido en la experiencia vital y psicobiográfica de la persona y precisar su significado en ella. No es lo mismo el recuerdo que la historia en sí, porque el desafío es aceptar el traumatismo, incluso enriquecerse con él; no hay otra alternativa.

La esencia de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible. En ocasiones estas intervenciones pueden prolongarse con varias sesiones.

Es fundamental mostrar confianza en el potencial de recuperación de la persona. Generalmente la afectada posee más recursos que los que piensa el profesional, para afrontar con éxito y sin secuelas psicológicas la situación. Es diferente saber lo que hay que hacer (reducir la ansiedad, permitir la ventilación emocional, favorecer el desarrollo de recursos que permitan la adaptación...) que saber cómo hacerlo (preguntar sobre un tema concreto, hablar despacio porque la persona está alterada, acercarse un poco...). Se trata de percibir la realidad tal como es, no tal como creemos que es. La adopción de una actitud realista y constructiva en una situación de emergencia es tan importante como contar con una alta capacidad físico – técnica para resolverla.

1.4.3 A manera de conclusión del aparte

1. La atención psicológica en los AA.TT. es necesaria para proporcionar una atención integral a

las personas implicadas, para ayudarles a manejar sus reacciones.

2. Si el estado emocional de la víctima es óptimo, el pronóstico y la recuperación de secuelas físicas y psicológicas es mejor.

3. Realizar una intervención precoz y especializada, durante la gestación de la crisis podría ayudar a prevenir secuelas psicológicas posteriores que pueden enraizarse en el sujeto.

4. Durante la intervención psicológica urgente en AA.TT. es importante vigilar in situ la evolución de las reacciones y facilitar la derivación a recursos especializados, cuando proceda.

2. El peritaje psicología forense

Ching (2005) define el peritaje psicológico forense como el instrumento de asesoría a la potestad judicial por medio de un dictamen basado en observaciones, exámenes, información e interpretaciones fundamentadas para que autoridades competentes puedan valorar con mayor criterio los aspectos psicológicos de los individuos involucrados en un litigio.

Soria, Garrido, Rodríguez y Tejedor (2006) indican que:

El peritaje psicológico forense es una evaluación psicológica a petición del juez, fundamental en psicología jurídica, es una herramienta donde se adquiere gran cantidad de información relacionada con el sujeto implicado en el delito, ya sea víctima o agresor que permite dar una explicación plausible a aquello que sucedió y que, a su vez, servirá como soporte judicial. (p. 111).

Los peritajes psicológicos son un medio auxiliar de la psicología forense y el derecho penal que ayudan al juzgador a resolver situaciones donde factores psicológicos son debatidos en un proceso judicial, factores que conciernen relativamente a la conducta y su relación con las diferentes disciplinas y ramas del derecho, donde el juez debe evaluar las características psíquicas del victimario, la víctima y el fenómeno criminológico que se pretende resolver, entonces se crea la necesidad de utilizar estos peritajes y poder establecer así la participación o no del victimario, la afectación de la víctima y también explicar las causas de un delito, u otras situaciones que se deseen resolver y puedan surgir dentro de un proceso legal y que corresponden a la psicología.

2.1 Características del informe o dictamen pericial

Espinosa (2012) establece que el informe del peritaje o dictamen pericial que resuelve el psicólogo variará de acuerdo a la institución que lo efectúe o instancia legal que lo requiera, así

también el país en el cual se ejecute. En materia de evaluación a sujetos implicados dentro de un proceso sea cual fuere indica que es necesario tener en cuenta los siguientes elementos o características para el informe final:

- ✓ Objeto de la peritación, con información clara de cuál es la cuestión que se desea resolver y qué entidad demanda dicho peritaje, donde conste el porqué del mismo.
- ✓ Número de referencia institucional.
- ✓ Metodología y técnicas utilizadas en la evaluación de las partes.

Información clara de identificación donde consten los siguientes elementos:

1. Nombre, documento de identificación, lugar de domicilio, ocupación, edad, lugar de nacimiento, estado civil, religión escolaridad o nivel de estudios así también la fecha del examen o evaluación.
2. Historia familiar psicosocial presentada de forma clara con los elementos más pertinentes encontrados en la evaluación de cada uno de los implicados y de acuerdo a los hechos que son materia del litigio.
3. Historia personal del sujeto sometido a peritaje donde se maticen aspectos importantes que puedan aportar información relevante acorde al motivo de la pericia. Antecedentes relacionados con el aspecto afectivo, sexual, laboral y social que hagan parte de su historia de vida y que ayuden a esclarecer el objeto que se investiga.
4. Descripción de los hechos en forma clara, precisa y sintética, para que cualquiera tenga acceso a este y comprenda claramente el asunto a tratar, pero sin obviar elementos relevantes que deban ser tomados en cuenta al momento de la lectura del peritaje.
5. Examen mental donde se evalúe apariencia general, actitud, conciencia, orientación, afecto, pensamiento, atención, introspección, prospección, senso-percepción, juicio, razonamiento, inteligencia, memoria, conciencia y sueño.
6. Antecedentes de tipo patológico, tóxico, quirúrgico, familiar, judiciales, psiquiátricos, alérgico, traumático y enfermedades de transmisión sexual.
7. Resultados, este es un apartado que contiene los hallazgos de la entrevista y de las pruebas psicológicas aplicadas, incluso se propone que dichas pruebas se anexen en el dictamen para facilitar la evaluación posterior, si esta fuera necesaria.
8. Discusión, esta se realiza con base a toda la información obtenida previamente en la evaluación por áreas, el perito realizará la discusión que contendrá la descripción de los aspectos relevantes de lo encontrado en el examen con el respectivo análisis e

interpretación de resultados y las conclusiones apropiadamente sustentadas.

9. Conclusión, se consideran los aspectos aludidos en la discusión el perito en la conclusión dará respuesta a la pregunta o preguntas planteadas por quien solicitó el peritaje y así mismo realizará las recomendaciones convenientes que considere para el caso en estudio.
10. Lugar, fecha y firma del psicólogo que actúa como perito.

El proceso de la elaboración de este instrumento, así como los diferentes modelos de evaluación psicológica es complejo donde se requiere utilizar mucho tiempo para realizar un estudio preciso, minucioso y técnico.

2.2 Áreas de aplicación de los peritajes psicológicos forenses

Otin (2010) refiere que el peritaje psicológico tiene como ámbito de aplicación cualquier rama del Derecho en donde sea pertinente y se requiera evaluar la psicopatología, la personalidad, el testimonio, el juicio, el riesgo de reincidencia, la capacidad intelectual, el daño emocional o psicológico, el grado de sinceridad, percepción, memoria y procesos mentales en general de los intervinientes en el proceso.

El juez o las autoridades competentes que soliciten el peritaje psicológico en cualquiera que fuere el área legal, tienen la asesoría en cuanto a criterios que conciernen técnica y científicamente a la psicología, esta herramienta se centra en uno de los mayores aportes de la psicología para el derecho, la conciencia de la ejecución de un acto también en cuanto a la imputabilidad y sus grados o la inimputabilidad, reparación y reinserción de cualquiera de las partes evaluando además el producto del hecho.

2.3 Naturaleza del aporte psicológico pericial al proceso judicial

Finol (como se citó en Aristizabal, 2010) indica que la función del psicólogo en la elaboración de peritajes forenses es ilustrar, asesorar y aportar conocimientos al juez, por lo tanto se convierte en un auxiliar o colaborador de la administración de justicia, mediante el peritaje psicológico forense también llamado peritaje psico-legal, dictamen o informe psicológico que se entrega como prueba pericial llamado además pericia, peritaje o peritación. Es decir una declaración de conocimiento, técnica o práctica sobre los hechos enjuiciados, necesario para una adecuada administración de justicia.

El psicólogo debe poseer determinados conocimientos genéricos, es decir, los que se refieren a aquellos comunes a la ciencia de la psicología y también conocimientos específicos que son aquellos intrínsecamente relacionados al campo forense.

Aristizabal (2010) clasifica los conocimientos del psicólogo respecto a la elaboración de peritajes de la siguiente manera:

A. Conocimientos genéricos de la psicología forense

Este tipo de saberes son todos aquellos que abarcan de forma general el estudio de la conducta y los procesos mentales que estudia la psicología clínica estándar, son estudios en donde no es preciso conocer de las ciencias jurídicas y donde se estudia al ser humano dentro de su naturaleza, entre estos conocimientos se encuentran:

- **Evaluación:** Tendrá discernimiento de la cuestión legal exacta sobre la que tomara su decisión, con una metodología específica para cada caso.
- **Intervención:** Poseerá conocimientos sobre la estructura mental y de la legislación o clasificación de la patología psicológica además de conocer las distintas modalidades terapéuticas.
- **Asesoramiento:** Deberá poseer conocimientos de la ley penal o la jurisdicción en que se desempeñe, de salud mental, sistema penitenciario o sistema forense.
- **Supervisión:** El psicólogo tendrá que conocer y dominar los aspectos que definen la psicología forense, y los métodos de enseñanza y comprobación de los mismos.
- **Investigación:** Poseerá conocimientos en cuanto a diseños de investigación, metodología y análisis estadístico.

B. Conocimientos específicos de la psicología forense

Estos ya son concretos a los estudios del comportamiento humano y su interacción dentro del marco jurídico y su aplicación en las ciencias forenses, concretizan la estructura del pensamiento humano y su relación social donde hay un ordenamiento tipificado, estos conocimientos son:

- **Bases biológicas de la conducta:** Se necesita de la integración de las comprensiones procedentes de los estudios sobre las bases orgánicas, del ajuste personal del ambiente, desórdenes mentales, reacción al trauma y conductas antisociales. Además de la comprensión de las predisposiciones genéticas y la psicofarmacología.
- **Bases cognitivo-afectivas de la conducta:** Conocimiento de los procesos de aprendizaje, memoria, pensamiento, percepción, cognición y motivación humana, así como las capacidades personales y su relación con la cuestión legal planteada.

- **Bases sociales de la conducta:** Referidos a la conducta adaptativa, los procesos de integración social.
- **Bases individuales de la conducta:** Referido a las bases comportamentales, afectación psicológica, psicopatología, enfermedad, funcionamiento intelectual e historia de aprendizaje.
- **Otros:** Se debe poseer además un entrenamiento especializado en procesos estadísticos, métodos epidemiológicos, diseños experimentales y cuasiexperimentales.

Hernández (2011) establece que las etapas de las cuales consta un proceso de evaluación psicológica forense son:

- Recepción de la solicitud de la ejecución del peritaje psicológico por parte de autoridad competente.
- Puntualización de los objetivos del peritaje.
- Estudio de información y documentos allegados al proceso.
- Concepción de hipótesis forenses tanto transversal como dinámica.
- Estructuración de la evaluación, se seleccionan las estrategias, técnicas e instrumentos de evaluación psicológica.
- Obtención de los elementos de logística y administración de la batería de materiales de evaluación.
- Puesta en marcha del proceso de evaluación.
- Recogida de datos no obtenidos de las fuentes de información hasta el momento agotadas, entrevistas colaterales. Trabajo interdisciplinario con investigador y/o demás profesionales.
- Análisis e interpretación de resultados.
- Interconsulta entre profesionales forenses afines. Confirmación y/o descarte de hipótesis forenses.
- Elaboración de informe o dictamen pericial
- Preparación de la sustentación en audiencia de juicio oral.

Estas etapas pueden variar acorde al método que utilice cada psicólogo, así como la entidad en la cual labore o el país en el cual radique, algunas fases pueden omitirse media vez no interfiera

con la petición del juez, así también se podrán agregar algunas otras etapas que el perito considere pertinentes.

2.4 Valoración judicial de los peritajes psicológicos forenses

Constituye que el juzgador hará leer las conclusiones de los dictámenes o informes presentados por los peritos. Si éstos hubieran sido citados, responderán directamente a las preguntas que les formulen las partes, sus abogados, consultores técnicos y los miembros del tribunal, en ese orden y debe comenzar por quienes ofrecieron el medio de prueba. Si resultare conveniente, el tribunal podrá disponer que los peritos presencien los actos del debate.

Ching (2005) indica que el juez o autoridad competente, debe valorar el dictamen que haya emitido el psicólogo en relación a la pericia que efectuó y en sentencia motivada, fijara la duración de la pena que de imponerse de acuerdo a con los límites señalados por cada delito, de acuerdo a la gravedad y a la personalidad del partcipe, además indica que para apreciar los peritajes psicológicos el juez debe tomar en cuenta los siguientes elementos:

- ✓ Los aspectos subjetivos y objetivos del hecho punible.
- ✓ La imputabilidad o inimputabilidad.
- ✓ El grado de lesión o del peligro.
- ✓ Las circunstancias de modo, tiempo y lugar.
- ✓ La calidad de los motivos determinantes.
- ✓ Las demás condiciones personales del sujeto activo o de la víctima en la medida que hayan influido en la comisión del delito.
- ✓ La conducta de los sujetos posterior al hecho.

3. Evaluación psicología forense de la imputabilidad. (Simulación y modo de evaluar)

3.1 la simulación y modo de evaluarla

El término simulación está lleno de matices por cuanto alude a actitudes de encubrimiento (en el inglés británico, descritas como dissimulation o deception), de fingimiento o engaño (en el inglés americano, faking), o bien de invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico (en inglés, malingering), o de una incapacidad producida por un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de esta, y de la que se deriva alguna ventaja personal (Inda, Lemos,

López, y Alonso; 2005).

La simulación es una problemática de gran relevancia en cuanto a frecuencia de presentación.

En relación con la presencia de esta conducta en procesos civiles, penales y laborales de discapacidad e incapacidad, se encuentran porcentajes de presentación que oscilan entre el 14 y 50% (variando estos porcentajes en función del estudio consultado) (Santamaría, Ramírez, y Ordi; 2013).

La elevada frecuencia de presentación de esta conducta, la repercusión médico-legal que conlleva y la heterogeneidad de las patologías médico-psicológicas en las que puede encontrarse, hace necesario valorar la simulación de forma directa y mediante el uso de instrumentos de exploración específicos. En cuanto al procedimiento, en la valoración de una posible simulación es necesario realizar un abordaje multimétodo recogiendo e integrando la información procedente de diferentes fuentes y medidas.

La última versión de clasificación DSM-V recoge las características de la simulación en el apartado de falta de adherencia al tratamiento, incluido en el epígrafe de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. La descripción que se realiza en el manual indica que la conducta de simulación consiste en la producción intencionada de síntomas (físicos y psicológicos) motivados por incentivos externos (como evitar situaciones indeseadas u obtener alguna compensación), siendo un comportamiento del que debe sospecharse si se observa la presencia de una o varias de las siguientes circunstancias: 1) que la personase encuentre inmersa en un proceso médico-legal; 2) que exista una marcada discrepancia entre las quejas o discapacidad indicada y los hallazgos objetivos; 3) que haya falta de cooperación durante el proceso de diagnóstico o de tratamiento; y 4) que exista un trastorno de personalidad antisocial (APA, 2013).

No obstante, por ello, la tarea del psicólogo forense no se limita a la evaluación del estado clínico del acusado y de la interpretación de los resultados cara a la imputabilidad, sino que además previamente ha de someterse a prueba la hipótesis de simulación, dado que la exención o atenuación de la responsabilidad implica beneficios penales, como lo es la exención de responsabilidad del individuo. Dichos beneficios pueden llevar a que el acusado intente modificar su estado psíquico. En caso de que el profesional detecte simulación, el diagnóstico no será válido; si por el contrario no se advierte de la misma se asumirá que el diagnóstico clínico alcanzado es el válido y fiable y por tanto el correcto (Arce et al., 2014; Arce, Novo, y Alfaro, 2000; Arce y Fariña, 2006 a, b).

Como bien indican Arce, Pampillon y Fariña (2002) si bien la psicología está bien dotada para la evaluación del trastorno mental con numerosas pruebas psicométricas y formatos de entrevistas, no está tanto para la detección de esta característica singular del contexto judicial que es la simulación. De hecho, Rogers (1997) advierte, tal y como ocurre en el campo clínico, que “ si nos investigamos la simulación no vamos a encontrarla” (p. 5). Es este el motivo por el cual el objeto

de la pericia no sólo es la evaluación del estado mental, sino desechar la opción que la persona que estamos evaluando represente de forma simulada una enfermedad que no posee con las consecuencias legales que ello conlleva. De la importancia de llevar a cabo un control de la simulación en este ámbito se desprende, entre otras cosas, que no podemos ajustarnos a la clásica evaluación clínica para determinar la existencia de un trastorno. Pero no solo esto, sino que como afirman Echeburúa, Muñoz, y Loinaz (2011), la evaluación forense dista en más aspectos de la evaluación clínica, entre otros: el objetivo (ayudar a tomar una decisión judicial vs. diagnóstico y tratamiento), la relación evaluador-sujeto (escéptica, aunque con un rapport adecuado vs. empática), el secreto profesional (sin vs. con), o el ámbito de la evaluación (estado mental en relación con el objeto pericial vs. Global). Resulta comprensible la toma de precauciones si prendemos consideración que en nuestro medio dichos comportamientos suelen estar determinados por diversas causas, a veces patológicas (la existencia de algún trastorno mental real), criminológicas (la necesidad de evitar responsabilidades jurídicas) o meramente adaptativas (conseguir determinados objetivos en circunstancias adversas) (Rogers, 1999)

En cuanto al concepto de simulación, Resnick, West, y Payne (1997) lo matizaron cuando diferenciaron entre simulación pura (pure malingering) o fingimiento de un trastorno no existente; simulación parcial (partial malingering) o la exageración consciente de síntomas presentes o de un trastorno ya superado; y falsa imputación (false imputation), la atribución errónea de síntomas reales a una determinada causa, debido a un engaño inconsciente o a una mala interpretación de la situación.

Otros tipos de intento de ocultación o manipulación de la información pueden ser (Urrea, 1997):

- ✓ **Disimulación:** Es el antónimo de la simulación. Trata de ocultar el padecimiento de algún trastorno o minimizarlo.
- ✓ **Retrosimulación:** Exposición de cuadros clínicos padecidos anteriormente.
- ✓ **Meta-simulación:** Hace ver que se inicia una patología con visión de futuro, planteada por los presos que preparan su pronta salida de la cárcel sin voluntad de modificar su conducta delictiva (no confundir con psicosis carcelaria).

Para el caso concreto de la inimputabilidad los principales cuadros que son simulados son los de tipo psicótico, demencias y otros trastornos neurocognitivos, trastornos disociativos y retraso mental (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999).

Pese que no existe ningún signo patognomónico que defina a la persona simuladora, para su detección es necesario aprender con la experiencia y seguir unas directrices que marquen la evaluación.

Esbec y Gómez-Jarabo (1999) determinan los siguientes puntos:

1. Descartar patología: El cuadro no encaja en la nosología.

A. Anamnesis exhaustiva.

B. Examen clínico metódico.

C. Pruebas complementarias.

2. Descartar trastornos facticios con síntomas psicológicos.

3. Detectar factores de riesgo de simulación.

A. incentivo externo

B. trastorno antisocial de personalidad. c) posibilidades de metasimulación.

4. Detectar signos de sospecha.

A. exploración clínica. b) test.

5. Abordaje directo del probable simulador.

A. Confrontación.

B. Confesión.

Estos mismos autores ofrecen veinte elementos que pueden servir como esquema de análisis durante la exploración:

1. Incentivo externo: Premio tangible o evitación del castigo. Elemento clave para la determinación de simulación (DSM-V, 2013).

2. El cuadro no encaja en la patología habitual.

3. Sintomatología estafalaria.

4. Sobreactuación clínica: Cuadro clínico muy llamativo, con gran riqueza de síntomas o con síntomas muy sofisticados.

5. Cuadro experimentado o conocido por el paciente: Metasimulación.

6. Personalidad antisocial: En la investigación de Kucharski et al. (1998) el 56,6% del grupo probable simulador presentaba algún trastorno de personalidad, especialmente antisocial (43,3%) y límite (6,6%), mientras que en el grupo honesto sólo un 26,6% presentaba algún trastorno de personalidad.

7. Test y escalas:

A. Exageración uniforme: Elevación de casi todas las escalas, fracaso en todas las subpruebas de rendimiento.

B. Escalas de validez sugieren simulación-exageración.

C. Presentación sospechosa, utilizando la escala de Kucharski (1999).

D. Respuestas aproximadas en las pruebas de rendimiento.

E. Escalas específicas como el SIRS (Resnick, 1996).

8. Testimonio o cuadro clínico inestable, inconsistente o muy estructurado.

9. Dudas o contradicciones. Especialmente con preguntas dirigidas muy cerradas en relación a la sintomatología del cuadro clínico.

10. Datos narrados, no vivenciados. No se observa implicación emocional cuando se verbaliza su sintomatología.

11. Plastia (correlatos emocionales) o curso no habitual. Las emociones no siguen un curso típico progresivo o son inapropiadas.

12. Alucinaciones auditivas que impulsan el delito: Pese que no son excepcionales entre los pacientes psicóticos con frecuencia intentan evadirlas de múltiples formas. Cabe valorar en que momentos se generan estas alucinaciones, que estrategias emplea para inhibirlas y otros supuestos para contrastarlo con el conocimiento en psicopatología más actual y validar su sinceridad.

13. Exhibicionismo del cuadro clínico: El entrevistado recrea su síntoma con facilidad. Los delirios son inusualmente verbalizados. Resulta muy abordable por el explorador.

14. El entrevistado no busca soluciones: El falso paciente psicótico que refiere alucinaciones, o un delirio primario de tipo persecutorio, por ejemplo, no informa de conductas de pánico, ni solicita ayuda, cambio de domicilio etc.

15. Agotamiento: Especialmente es difícil aguantar la fuga de ideas en un simulador, el abatimiento o el sistema delirante en un paranoico.

16. Referencias de otras personas del contexto del entrevistado.

17. Ausencia de sintomatología actual (en casos de peritajes retrospectivos): El examinado asegura encontrarse perfectamente y no observa ningún signo de deterioro ni personalidad premórbida de base ni alteración biopatológica previa.

18. Presentación, lenguaje y afectividad.

19. Ausencia de sintomatología sutil. Sólo se fingen los síntomas más conocidos.

20. Ausencia de respuestas al tratamiento convencional: La persona no mejora significativamente con el tratamiento convencional (p.ej., psicofármacos).

Resiguiendo esta línea de actuación, Tapias, Bello, Gómez y Vesga (2004) reseñan unos criterios de detección de la simulación con base en los trabajos de Iruarizaga (1999), Marcó, Martí y Pons (1990), Delgado, Esbec y Pulido (1994), y Rogers, Sewell, Morey y Ustand (1996), que se pueden apreciar a continuación:

1. Comportamiento durante la evaluación forense

- A.** Retienen información y no cooperan
- B.** Llamam la atención sobre su enfermedad
- C.** Presentan alteraciones del lenguaje no verbal

2. Características de los síntomas simulados

- D.** Simulan síntomas evidentes y en relación con el conocimiento previo de la enfermedad
- E.** Fingimiento de síntomas más que cuadros diagnósticos íntegros 6. Informan síntomas severos con aparición aguda en contradicción con el desarrollo crónico conocido por los clínicos
- F.** No perseveración de los síntomas por períodos largos g) Dificultad para fingir síntomas fisiológicos
- G.** Ausencia de alteración afectiva clínicamente asociada con la enfermedad que simula

3. Aspectos del historial clínico y judicial

- H.** Incoherencia entre resultados de pruebas y funcionalidad del evaluado j) Discrepancia entre el auto- reporte y los archivos médicos
- I.** Los simuladores parecen no tener ningún motivo o comportamiento psicótico asociado a sus ofensas
- J.** Evidencia de complicidad
- K.** Certeza de engaños anteriores

Con respecto a esto, Ailhaud (2002) señala una serie de estrategias que pueden ayudar al

psicólogo forense a detectar la simulación por parte del acusado. En primer lugar, el efecto suelo: en su afán por aparentar deterioro psíquico, el evaluado falla en tareas tan sencillas que incluso aquellas personas con mayores alteraciones son capaces de completar con éxito. Segundo, curva de rendimiento, falla respuestas muy fáciles y, por el contrario, acierta otras más difíciles. Tercero, evaluación de la validez sintomática, tareas de elección forzada en las que se considera indicador de simulación que el rendimiento se halle por debajo de lo esperado. Por último, refiere las secuelas asociadas, cuando el sujeto se atribuye muchos síntomas psicológicos o actitudes que son atípicas en su alteración.

De igual forma, se ha de estar atento y evitar en la medida de lo posible, todos los errores en la detección de engaños. Para ello cabrá rehuir los errores de falsos positivos y falsos negativos evadiendo los errores de ideosincracia y el error de Otelo, distanciándonos de ideas preconcebidas y prejuicios autoconfirmados (Soria et al., 2002).

A este respecto, Arce y Fariña (Arce et al., 2002; Fariña, Arce, y Novo, 2004), en un estudio de campo con legos en Psicología a los que pidieron que simularan una enfermedad mental no imputable en el MMPI y en una entrevista clínico-forense, encontraron que el 78,8% de los participantes eran capaces de simular en el MMPI una enfermedad mental no imputable y el 41,2% en la entrevista clínico-forense. La evaluación clínica tradicional no es efectiva en la detección de la simulación, simplemente porque ésta no se busca.

Los resultados de diversos estudios de campo muestran que las escalas de control de validez del MMPI son indicadores robustos de la simulación, pero no totalmente efectivos y lo mismo ocurre con la detección de las estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense: evitación de respuestas, combinación de síntomas, síntomas raros, síntomas obvios, síntomas sutiles, síntomas improbables, severidad de síntomas, inconsistencia de síntomas observados y manifestados, estereotipos erróneos y negación de sintomatología habitual.

Aún, es más, los legos en psicopatología fueron capaces de discriminar en el MMPI entre patologías esperadas (paranoia y esquizofrenia) y no esperadas (hipocondría, depresión, histeria, masculinidad-feminidad, psicastenia, hipomanía e introversión social). En consecuencia, estos resultados sugieren la necesidad de emplear procedimientos y técnicas que controlen la simulación (Arce et al., 2014; Arce et al., 2002). Por tanto, es preciso combinar estos indicadores para detectar a todos los simuladores (Arce et al., 2002).

Es necesario conocer los indicadores clínicos de la simulación de trastornos mentales que se relacionan con el proceso de la imputabilidad penal, puesto que estos pueden ser de gran ayuda a la hora de evaluar al posible simulador. Algunos de estos errores se basan en que nada puede ser recordado correctamente y en la inconsistencia del discurso, es decir, existe una tendencia a exagerar el padecimiento de la enfermedad (Arce et al., 2014). Esto supone que aquellos evaluados simuladores suelen llamar la atención a través de su enfermedad en contraste con aquellos pacientes reales y fracasan al imitar la enfermedad que se sea. Por ejemplo, raramente simularán descarrilamiento, incoherencia o perseveración al imitar la esquizofrenia y darán un

mayor número de respuestas evasivas (Arce et al., 2014; Rogers, 2008). Por último, los simuladores no suelen mostrar síntomas negativos o signos sutiles de esquizofrenia residual, como afecto embotado o discurso incoherente, sino que tienden a manifestar síntomas positivos más fácilmente asociables con lo extraño, como alucinaciones, delirios, etc. (Arce et al., 2014)

RECOMENDACIONES DEL DOCENTE PARA LOS ESTUDIANTES

Resulta imperante para los estudiantes de los programas académicos de la Escuela de Seguridad Vial, conocer y aplicar de manera profesional las técnicas de psicología y psiquiatría forense descritas en el material de estudio (Consultar Bibliografía), ya que les permitirá identificar de manera detallada las conductas y comportamientos que conllevan a una persona a cometer delitos, accediendo de esta forma a información privilegiada que permita a las autoridades judiciales y administrativas tomar decisiones acertadas en pro del mejoramiento de la seguridad vial y la disminución de la accidentalidad en nuestro país.

Es en este sentido, para el desarrollo de la asignatura se presentan y estudian los elementos básicos relacionados con la psicología y psiquiatría forense, relacionados en el material de estudio, extraído del siguiente material bibliográfico.

BIBLIOGRAFÍA PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

Fundación Mapfre (2007). Atención Psicológica a personas involucradas en accidentes de tránsito. Mapfre Medicina, 18 (4), 347-357. [fecha de Consulta 26 de Mayo de 2020]. Disponible en: https://app.mapfre.com/fundacion/html/revistas/medicina/v18n4/pdf/02_15.pdf

Durán Palacio, N. M., & Moreno Carmona, N. D. (2016). Personalidad e infracciones frecuentes de normas de tránsito. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 12(1), 123-136. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v12n1/v12n1a10.pdf>

García-López, Eric (2018). Ciencias de la conducta y criminología forense en el Sistema Acusatorio. Acta Colombiana de Psicología, 21(2), 301-302. [fecha de Consulta 26 de Mayo de 2020]. ISSN: 0123-9155. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/2186/1838>

Menéndez, A. G. Trastornos neuropsiquiátricos y accidentes de tráfico. <https://esteven.org/wp-content/uploads/2018/01/136687.pdf>

Ministerio del Interior de España (2017). Psicología aplicada a la conducción. Dirección General de Tráfico. NIPO: 128-17-001-4. P. 120. [fecha de Consulta 26 de Mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/formacion-vial/cursos-para-profesores-y-directores-de->

autoescuelas/XX-Curso-de-Profesores/Psicologia-aplicada-a-la-conduccion.pdf

Quintanilla, J. R. G., & Rivera, M. E. L. (2017). Factores psicosociales y comportamiento agresivo al conducir correlacionados con accidentes de tránsito en conductores salvadoreños. Entorno, (64), 9-19. <https://www.camjol.info/index.php/entorno/article/view/6056>

Ramírez Soria, José Antonio (2017). Reflexiones sobre los accidentes vehiculares durante la jornada laboral y de los aportes de la psicología. Salud de los Trabajadores, 25(1), 82-86. [fecha de Consulta 26 de Mayo de 2020]. ISSN: 1315-0138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375853771008>

Valero, C. F. F., Puerta, C. P., Rodríguez, J. M., Ariza, L. K., & González, R. A. (2018). Análisis multicausal de 'accidentes' de tránsito en dos ciudades de Colombia. Archivos de Medicina (Manizales), 18(1), 69-85. <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2477/3127>

OTROS DOCUMENTOS FACILITADOS POR LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA:

MANUAL PRÁCTICO DEL PERFIL CRIMINOLÓGICO, PDF

Autor Jorge Jiménez Serrano

Libro PSICOPATOLOGÍA FORENSE. Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia.

Autor García López

Libro Psicología Jurídica Iberoamericana, PDF

Autor Gerardo Hernández

Artículo LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EL MODELO DE MILLON: UNA PROPUESTA INTEGRADORA, PDF

Autor Margarita Ortiz-Tallo

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN

UNIDAD	ACTIVIDAD EVALUATIVA	FECHA LÍMITE DE ENTREGA	% DE CALIFICACIÓN
Unidad 1 Introducción a la psicología y psiquiatría forense	Fase 1: Planeación del reto Acción transformadora real, del contexto del estudiante. Mediante la metodología Aprendizaje Basado en Problemas/ Retos (ABR) enfocado al programa de la ESEVI (Tecnología / Técnico Profesional / Especialización) entrega un producto documental. Avance # 1.	Final de la semana tres	15%
Unidad 2 Psicología del comportamiento criminal	Fase 2: Implementación del reto Acción transformadora real, del contexto del estudiante. Mediante la metodología Aprendizaje Basado en Problemas/ Retos (ABR) enfocado al programa de la ESEVI (Tecnología / Técnico Profesional / Especialización) entrega un producto documental. Avance # 2	Final de la semana seis	15%
Total primer corte			30%
Unidad 3: Psicopatología forense	Fase 3: Reflexión y publicación del reto Acción transformadora real, del contexto del estudiante. Mediante la metodología Aprendizaje Basado en Problemas/ Retos (ABR) enfocado al programa de la ESEVI (Tecnología / Técnico Profesional / Especialización) entrega un producto documental. Ajustes para el producto final. Retroalimentación	Final de la semana nueve	20%
Unidad 4: La psicología y psiquiatría forense aplicada a la prevención de accidentes			
Evaluación cuestionario temático (unidades 1, 2, 3 y 4)		Final de la semana once	10%
Total segundo corte			30%
Aspectos Complementarios	Componente práctico. Apropiación temática. Sustentación práctica a través de socialización/juego de roles y documento consolidado.	Final de la semana catorce	40%
Total tercer corte			40%
Total general (Nota final)			100%

INSTRUCCIONES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EVALUATIVAS

Fase 1: Planeación del reto

Paso 1: El docente organiza equipos de trabajo máximo de 5 estudiantes. Y serán notificados por correo y anexos a la plataforma en Desarrollo Temático

Paso 2: Cada equipo debe elegir un caso de accidente de tránsito real, que sea evidente para cada integrante en su contexto, o para la gran mayoría. Tener en cuenta las indicaciones del docente.

Paso 3: Cada integrante del equipo debe analizar el caso de accidente de tránsito. Para ello deben responder las siguientes preguntas en el foro desarrollo fase 1: planeación del reto:

- ¿Cuál fue el caso de accidente de tránsito identificado?
- ¿Cuáles son las causas y consecuencias del caso de accidente de tránsito identificado?
- ¿Qué aspectos comportamentales de los involucrados, se logran identificar en el caso del accidente de tránsito identificado?

Paso 4. El equipo debe planificar estrategias de recolección de información, que faciliten un dictamen o peritaje del estado mental de los involucrados en el caso del accidente de tránsito identificado. Para facilitar el desarrollo de este paso, se recomienda responder las siguientes preguntas en el Foro desarrollo fase 1: planeación del reto:

- ¿Cuáles son los elementos que consideran para la metodología de elaboración de un perfil criminal?
- ¿Cuál es el método del proceso de búsqueda de información seleccionado?
- ¿Por qué escogen el método?

Como evidencia de la fase 1, el equipo consolidara la información aportada en el foro desarrollo fase 1: planeación del reto, en un documento escrito en Word, que tenga los siguientes puntos:

- ✓ Portada
- ✓ Resumen
- ✓ Tabla de contenido
- ✓ Introducción

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

- ✓ Desarrollo del trabajo (respuesta argumentadas y con citas bibliográficas de las preguntas contempladas en los pasos 3 y 4)
- ✓ Conclusiones
- ✓ Bibliografía consultada y citada en el desarrollo del trabajo

Una vez organizado el documento debe ser entregado en el espacio dispuesto por cada estudiante.

Es obligatorio cumplir los siguientes puntos

1. Todos los integrantes del equipo deben hacer aportes a cada una de las preguntas, desde su contexto particular.
2. En el documento debe ser evidente la construcción grupal, por lo tanto, todos los estudiantes deben participar en el foro desarrollo fase 1: planeación del reto, con aportes significativos y de relevancia para el desarrollo del trabajo final.
3. En la calificación del documento se tendrán en cuenta los aportes individuales de cada integrante del equipo.
4. Cada integrante del equipo debe cargar a la plataforma el documento final en formato Word, el cual debe ser el producto desarrollado en el desarrollo fase 1: planeación del reto.
5. Las fuentes de información consultadas y citadas, deben hacerse según las Normas APA

Muchos éxitos.

Fase 2: Implementación del reto

Paso 1: Revisar la retroalimentación y sugerencias de mejora por parte del docente, al trabajo presentado en la Fase 1: Planeación del Reto.

Paso 2: El equipo deberá responder las siguientes preguntas, teniendo presente los elementos para la metodología de elaboración de un perfil criminal considerados en la fase 1:

- Si se evidencia un trastorno psicopatológico en los involucrados en el accidente de tránsito ¿Cuál fue el proceso para identificarlo y descartar otros trastornos?
- Si no se evidencia un trastorno psicopatológico en los involucrados en el accidente de tránsito ¿Cuál fue el proceso para descartar la existencia de este?

- ¿Cuáles son las repercusiones forenses si existe o no un trastorno psicopatológico en los involucrados en el accidente de tránsito?

Paso 3. Implementación del reto (Elaboración de un informe pericial). El equipo de trabajo, de acuerdo con el método del proceso de búsqueda de información seleccionado en la fase 1, debe elaborar un informe pericial o dictamen del estado mental de los involucrados en el accidente de tránsito, anexando evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales de dicha búsqueda.

Paso 4: Analizar el reto. Una vez implementado el reto, el equipo debe analizar los resultados obtenidos. En este paso deben describir: qué problemáticas u obstáculos se presentaron en el proceso, qué salió bien, qué pudo salir mejor, qué se puede mejorar.

Nota importante: Cada estudiante debe realizar los aportes al desarrollo de la fase dos en el foro desarrollo fase 2: Implementación del reto.

Como evidencia de la fase 2, el equipo entregara un documento en Word, que tenga los siguientes puntos:

- ✓ Portada
- ✓ Resumen
- ✓ Tabla de contenido
- ✓ Introducción
- ✓ Desarrollo del trabajo Fase 1 (respuestas argumentadas y con citas bibliográficas de las preguntas contempladas en los pasos 3 y 4 de la Fase 1: Planeación del Reto)
- ✓ Desarrollo del trabajo Fase 2 (respuestas argumentadas y con citas bibliográficas de las preguntas contempladas en el paso 2).
- ✓ Informe pericial del estado mental de los involucrados en el accidente de tránsito.
- ✓ Análisis del reto
- ✓ Conclusiones del trabajo en general
- ✓ Bibliografía consultada y citada en el desarrollo del trabajo
- ✓ Anexos: evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales

Es obligatorio cumplir los siguientes puntos

1. Todos los integrantes del equipo deben hacer aportes a cada una de las preguntas, desde su contexto particular.
2. En el documento debe ser evidente la construcción grupal, por lo tanto, todos los estudiantes deben participar en el foro desarrollo fase 2: Implementación del reto, con aportes significativos y de relevancia para el desarrollo del trabajo final.
3. En la calificación del documento se tendrán en cuenta los aportes individuales de cada integrante del equipo.
4. Cada integrante del equipo debe cargar a la plataforma el documento final en formato Word, el cual debe ser el producto desarrollado en el desarrollo fase 1: planeación del reto.
5. Las fuentes de información consultadas y citadas deben hacerse según las Normas APA

Muchos éxitos.

Fase 3: Reflexión y publicación del reto

Paso 1: Revisar la retroalimentación y sugerencias de mejora por parte del docente, al trabajo presentado en la Fase 2: Implementación del Reto.

Paso 2: El equipo deberá responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué aprendimos al desarrollar el reto?
- ¿Para qué lo aprendimos?
- ¿Por qué lo aprendimos?
- ¿Qué podemos mejorar?
- ¿Qué haríamos de otra manera?
- ¿Cuáles fueron nuestros logros?
- ¿Cuáles fueron nuestras debilidades y fortalezas?

Paso 3. El equipo debe grabar un video de mínimo 5 minutos donde expliquen todo el

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Proceso del reto: planeación, implementación y reflexión. Se tendrá que publicar en YouTube y compartirlo con todos los compañeros de la asignatura a través del correo electrónico, con copia al docente.

El video debe contener como mínimo los siguientes puntos:

- ✓ Datos del equipo.
- ✓ Descripción del accidente de tránsito identificado.
- ✓ Método del proceso de búsqueda y recolección de información.
- ✓ El proceso para identificar o descartar un trastorno psicopatológico en los involucrados en el accidente de tránsito identificado.
- ✓ Repercusiones forenses si existe o no un trastorno psicopatológico en los involucrados en el accidente de tránsito.
- ✓ Análisis del reto: qué problemáticas u obstáculos se presentaron en el proceso, qué salió bien, qué pudo salir mejor, qué se puede mejorar
- ✓ Relación de las unidades temáticas de la asignatura con el reto.
- ✓ Reflexiones sobre el Aprendizaje Basado en Retos.

Paso 4: Retroalimentación por parte de los compañeros de la asignatura. Cada estudiante revisará el video en YouTube de por lo menos 3 equipos y publicará un comentario en cada uno de ellos, respondiendo estas preguntas:

TECNOLOGÍA EN INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE.

- ¿Cuáles fueron los aciertos del equipo?
- ¿Qué pueden mejorar?
- ¿Qué enseñanza le dejó la experiencia de sus compañeros?

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Como evidencia de la fase 3, el equipo debe entregar un documento en Word, que tenga los siguientes puntos:

- ✓ Portada
- ✓ Resumen
- ✓ Tabla de contenido
- ✓ Introducción
- ✓ Desarrollo del trabajo Fase 1 (respuestas argumentadas y con citas bibliográficas de las preguntas contempladas en los pasos 3 y 4 de la Fase 1: Planeación del Reto)
- ✓ Desarrollo del trabajo Fase 2 (respuestas argumentadas y con citas bibliográficas de las preguntas contempladas en el paso 2).
- ✓ Desarrollo del trabajo Fase 3 (respuesta de las preguntas contempladas en los pasos 2 y 4. Enlace de video publicado en YouTube).
- ✓ Conclusiones del trabajo en general
- ✓ Bibliografía consultada y citada en el desarrollo del trabajo
- ✓ Anexos: evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales

Es obligatorio cumplir los siguientes puntos

1. Todos los integrantes del equipo deben hacer aportes a cada una de las preguntas, desde su contexto particular.
2. Todos los integrantes del equipo deben hacer aportes a cada una de las preguntas, desde su contexto particular.
3. En el documento debe ser evidente la construcción grupal, por lo tanto, todos los estudiantes deben participar en el desarrollo del trabajo y video, con aportes significativos y de relevancia para el desarrollo del trabajo final.
4. En la calificación del documento se tendrán en cuenta los aportes individuales de cada integrante del equipo.
5. Cada integrante del equipo debe cargar a la plataforma el documento final en formato Word, el cual debe ser el producto desarrollado en el desarrollo fase 1: planeación del reto.
6. Las fuentes de información consultadas y citadas deben hacerse según las Normas APA 7.

Muchos éxitos.

Fase Final: Entrega y Sustentación del Trabajo final

Valor nota final de la asignatura 40%

Paso 1: Revisar la retroalimentación y sugerencias de mejora por parte del docente, al trabajo presentado en la Fase 3: Reflexión y Publicación del Reto.

Paso 2: El equipo deberá organizar el documento y lo presentará en archivo Word, relacionando los siguientes puntos, en su orden, así:

Portada

Resumen

Tabal de contenido

Introducción

1. Desarrollo del trabajo

1.1 Caso seleccionado (adecuar un subtítulo)

1.1.1 resumen de los Hechos

1.1.2 Causas y consecuencias

1.1.3 Aspectos comportamentales evidenciados

1.2 metodología implementada para la elaboración de un perfil criminal

1.3 Metodología Proceso de búsqueda de información

1.4 Proceso implementado para descartar o identificar trastornos metales

2. Informé pericial del estado mental de uno o varios de los involucrados en el accidente de transito

3. Reflexiones del Reto

- 3.1 ¿Qué aprendimos?
- 3.2 ¿Para qué lo Aprendimos?
- 3.3 ¿Por qué lo aprendimos?
- 3.4 ¿Qué podemos mejorar?
- 3.5 ¿Qué haríamos de otra manera?
- 3.6 ¿Cuáles fueron nuestros logros?
- 3.7 ¿Cuáles fueron nuestras debilidades y fortalezas?
- 4. Enlace del video de la sustentación del trabajo
- 5. Conclusiones generales del trabajo
- 6. Referencia Bibliográficas
- 7. Anexos

Paso 3: El equipo deberá sustentar su trabajo, a través de un video, el cual debe ser subido a YouTube, mínimo 5 minutos.

Es obligatorio cumplir los siguientes puntos

- 1. Todos los integrantes del equipo deben hacer aportes significativos en la corrección y organización del trabajo final.
- 2. El documento de entrega debe ser corregido y organizado en su totalidad.
- 3. El video de sustentación del trabajo final y montado a YouTube tiene un valor del 40% de la nota del trabajo final. Debe ser anexado el enlace en el trabajo final.
- 4. Cada integrante del equipo debe cargar a la plataforma el documento final en formato Word.
- 5. Las fuentes de información consultadas y citadas, deben hacer según la Norma APA 7.

Muchos éxitos.

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

RUBRICAS DE EVALUACIÓN

Rubrica de evaluación Fase 1 Planeación del reto

Rubrica - 3 criterios					Puntos Posibles
Criterios	Calificaciones				
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Análisis del contexto. 40%	2 puntos El equipo hizo un ejercicio de observación que le permite identificar y describir a detalle un caso de accidente de tránsito real de su contexto, y analizar sus causas y planificar estrategias de recolección de información.	1,5 puntos El equipo hizo un ejercicio de observación que le permite identificar y describir un caso de accidente de tránsito real de su contexto, y analizar sus causas y planificar estrategias de recolección de información de manera poco profunda.	1 punto El equipo hizo un ejercicio de observación que le permite mencionar un caso de accidente de tránsito real de su contexto.	0,5 El equipo no hizo un ejercicio de observación que le permite identificar un caso de accidente de tránsito real de su contexto.	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Interacción y participación grupal 40%	2 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron de manera equitativa y tienen responsabilidad en el desarrollo la fase 1. El trabajo en equipo se evidencia en el Foro desarrollo fase 1: planeación del reto	1,5 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo del anteproyecto, unos más que otros. El trabajo en equipo se evidencia en el Foro desarrollo fase 1: planeación del reto	1 punto Solo algunos de los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo del anteproyecto. El trabajo en equipo se evidencia en el Foro desarrollo fase 1: planeación del reto	0,5 El grupo no se organiza ni trabaja colaborativamente, no hay evidencias de qué aportó realizó cada integrante. El resultado evidencia trabajo individual no grupal.	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Uso de la gramática y normas de presentación. 20%	1 punto El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación, lo cual facilita la comprensión de las ideas. Emplean un léxico variado. Facilita la comunicación. Se usan citas y referencias tipo APA.	0,8 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación. Utiliza un vocabulario preciso y el escrito es claro. Hay problemas de uso de la Norma APA en el documento.	0,6 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, sin embargo, tiene algunos errores de ortografía. Utiliza un vocabulario preciso, sin embargo, el escrito no es del todo claro y distrae al lector.	0,5 puntos El documento carece de una adecuada estructura gramatical, con errores de ortografía y/o puntuación. Por otra parte, utiliza un vocabulario impreciso.	1
Total puntos posible en el foro temático					5

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Rubrica de evaluación Fase 2 Implementación del reto

Rubrica - 3 criterios					Puntos Posibles
Criterios	Calificaciones				
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Análisis del contexto. 40%	2 puntos El equipo hizo un informe pericial o dictamen del estado mental de los involucrados en el accidente de tránsito, anexando evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales de dicha búsqueda. Dando respuesta asertiva a los interrogantes del paso 2 y realizando el respectivo análisis del reto (pasó 4)	1,5 puntos El equipo hizo un informe pericial o dictamen del estado mental de los involucrados en el accidente de tránsito, anexando evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales de dicha búsqueda. Dando respuesta asertiva a los interrogantes del paso 2 y no realizan el respectivo análisis del reto (pasó 4)	1 punto El equipo hizo un informe pericial o dictamen del estado mental de los involucrados en el accidente de tránsito, anexando evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales de dicha búsqueda. No dan respuesta asertiva a los interrogantes del paso 2 y no realizan el respectivo análisis del reto (pasó 4)	0,5 El equipo hizo un informe pericial o dictamen del estado mental de los involucrados en el accidente de tránsito, pero no anexa evidencias fotográficas, en video, documentales o testimoniales de dicha búsqueda. No dan respuesta asertiva a los interrogantes del paso 2 y no realizan el respectivo análisis del reto (pasó 4)	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Interacción y participación grupal 40%	2 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron de manera equitativa y tienen responsabilidad en el desarrollo la fase 2. El trabajo en equipo se evidencia mediante el foro desarrollo fase 2: Implementación del reto.	1,5 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo de la fase 2, unos más que otros. El trabajo en equipo se evidencia mediante el foro desarrollo fase 2: Implementación del reto.	1 punto Solo algunos de los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo de la fase 2. El trabajo en equipo se evidencia mediante el foro desarrollo fase 2: Implementación del reto.	0,5 El grupo no se organiza ni trabaja colaborativamente, no hay evidencias de qué aportó realizó cada integrante. El resultado evidencia trabajo individual no grupal.	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Uso de la gramática y normas de presentación. 20%	1 punto El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación, lo cual facilita la comprensión de las ideas. Emplean un léxico variado. Facilita la comunicación. Se usan citas y referencias tipo APA.	0,8 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación. Utiliza un vocabulario preciso y el escrito es claro. Hay problemas de uso de la Norma APA en el documento.	0,6 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, sin embargo, tiene algunos errores de ortografía. Utiliza un vocabulario preciso, sin embargo, el escrito no es del todo claro y distrae al lector.	0,5 puntos . El documento carece de una adecuada estructura gramatical, con errores de ortografía y/o puntuación. Por otra parte, utiliza un vocabulario impreciso.	1
Total puntos posible en el foto temático					5

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Rubrica de evaluación Fase 3 Reflexión y publicación del reto

Rubrica - 3 criterios					Puntos Posibles
Criterios	Calificaciones				
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje de contexto. 40%	2 puntos El equipo da respuestas asertivas a las pregunta del paso 2. Graba un video de mínimo 5 minutos donde explican todo el Proceso del reto: planeación, implementación y reflexión. Se publica en YouTube y se comparte con todos los compañeros de la asignatura a través del correo Electrónico, con copia al docente. Se realiza las respectivas retroalimentaciones de los videos. Se entrega el consolidado del informe final con los puntos solicitados.	1,5 puntos El equipo da respuestas asertivas a las pregunta del paso 2. Graba un video de mínimo 5 minutos donde explican todo el Proceso del reto: planeación, implementación y reflexión. Se publica en YouTube y se comparte con todos los compañeros de la asignatura a través del correo Electrónico, con copia al docente. Se realiza las respectivas retroalimentaciones de los videos. No se entrega el consolidado del informe final con los puntos solicitados.	1 punto El equipo da respuestas asertivas a las pregunta del paso 2. Graba un video de mínimo 5 minutos donde explican todo el Proceso del reto: planeación, implementación y reflexión. Se publica en YouTube pero no se comparte con todos los compañeros de la asignatura a través del correo Electrónico, con copia al docente. Se realiza las respectivas retroalimentaciones de los videos. No se entrega el consolidado del informe final con los puntos solicitados.	0,5 El equipo da respuestas asertivas a las pregunta del paso 2. Graba un video de mínimo 5 minutos donde explican todo el Proceso del reto: planeación, implementación y reflexión. No se publica en YouTube y se comparte con todos los compañeros de la asignatura a través del correo Electrónico, con copia al docente. Se realiza las respectivas retroalimentaciones de los videos. No se entrega el consolidado del informe final con los puntos solicitados.	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Interacción y participación grupal 40%	2 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron de manera equitativa y tienen responsabilidad en el desarrollo la fase 3. El trabajo en equipo se evidencia en el desarrollo de este y a través del video	1,5 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo de la fase 3, unos más que otros. El trabajo en equipo se evidencia en el desarrollo de este y a través del video	1 punto Solo algunos de los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo de la fase 3. El trabajo en equipo se evidencia en el desarrollo de este y a través del video	0,5 El grupo no se organiza ni trabaja colaborativamente, no hay evidencias de qué aportó realizó cada integrante. El resultado evidencia trabajo individual no grupal.	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Uso de la gramática y normas de presentación. 20%	1 punto El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación, lo cual facilita la comprensión de las ideas. Emplean un léxico variado. Facilita la comunicación. Se usan citas y referencias tipo APA. En el video presentado se relaciona con lo presentado en el informe.	0,8 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación. Utiliza un vocabulario preciso y el escrito es claro. Hay problemas de uso de la Norma APA en el documento. En el video presentado se relaciona con lo presentado en el informe.	0,6 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, sin embargo, tiene algunos errores de ortografía. Utiliza un vocabulario preciso, sin embargo, el escrito no es del todo claro y distrae al lector. En el video presentado se relaciona con lo presentado en el informe.	0,5 puntos El documento carece de una adecuada estructura gramatical, con errores de ortografía y/o puntuación. Por otra parte, utiliza un vocabulario impreciso. En el video presentado no se relaciona con lo presentado en el informe.	1
Total puntos posible en el foto temático					5

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Rubrica de evaluación Fase Final: Entrega y sustentación del Trabajo final

Valor nota final de la asignatura 40%

Rubrica - 3 criterios					Puntos Posibles
Criterios	Calificaciones				
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Análisis del contexto. 40%	2 puntos El equipo organizo el documento y lo presento en archivo Word, relacionando los puntos, en el orden solicitado en las instrucciones y recalco en la retroalimentación de la fase 3. Se evidencia el trabajo grupal en los foros. Se incluye el enlace del video de sustentación del trabajo final.	1,5 puntos El equipo organizo el documento y lo presento en archivo Word, relacionando los puntos, en el orden solicitado en las instrucciones y recalco en la retroalimentación de la fase 3. No se evidencia el trabajo grupal en los foros. Se incluye el enlace del video de sustentación del trabajo final	1 punto El equipo organizo el documento y lo presento en archivo Word, relacionando los puntos, en el orden solicitado en las instrucciones y recalco en la retroalimentación de la fase 3. No se evidencia el trabajo grupal en los foros. No se incluye el enlace del video de sustentación del trabajo final	0,5 El equipo No organizo el documento y lo presento en archivo Word, relacionando los puntos, en el orden solicitado en las instrucciones y recalco en la retroalimentación de la fase 3. No se evidencia el trabajo grupal en los foros. No se incluye el enlace del video de sustentación del trabajo final	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Interacción y participación grupal 40%	2 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron de manera equitativa y tienen responsabilidad en el desarrollo la fase final.	1,5 puntos Todos los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo de la fase final, unos más que otros.	1 punto Solo algunos de los integrantes del equipo aportaron en el desarrollo de la fase final.	0,5 El grupo no se organiza ni trabaja colaborativamente, no hay evidencias de qué aportó realizó cada integrante. El resultado evidencia trabajo individual no grupal.	2
Este criterio depende de una competencia de aprendizaje Uso de la gramática y normas de presentación. 20%	1 punto El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación, lo cual facilita la comprensión de las ideas. Emplean un léxico variado. Facilita la comunicación. Se usan citas y referencias tipo APA. En el video presentado se relaciona con lo presentado en el informe.	0,8 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, ortografía y puntuación. Utiliza un vocabulario preciso y el escrito es claro. Hay problemas de uso de la Norma APA en el documento. En el video presentado se relaciona con lo presentado en el informe.	0,6 puntos El documento tiene una adecuada estructura gramatical, sin embargo, tiene algunos errores de ortografía. Utiliza un vocabulario preciso, sin embargo, el escrito no es del todo claro y distrae al lector. En el video presentado se relaciona con lo presentado en el informe.	0,5 puntos El documento carece de una adecuada estructura gramatical, con errores de ortografía y/o puntuación. Por otra parte, utiliza un vocabulario impreciso. En el video presentado no se relaciona con lo presentado en el informe.	1
Total puntos posible en el foto temático					5

BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Diazgranados, E. A., Amar, J. J & García, D. T. (2012). Psicología forense: estudio de la mente criminal. Universidad del Norte-Ediciones de la U. Recuperado de; https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xrBCDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=info:6OOTK13Gcqwj:scholar.google.com/&ots=-YtlG6j-SJ&sig=kMIKckaXslv6y_0TZmnKMHLvr0#v=onepage&q&f=false

Morales Q, L. & García L, E. (2010). Psicología Jurídica: quehacer y desarrollo. Diversitas:perspectivas en psicología, 6 (2).

Caballero, C & Prada, A. (2014). Historia de la psicología jurídica y sus campos de aplicación en Colombia. Recuperado de; <http://www.psicologiajuridica.org/psj13.html>

Gómez, F. J. (2006). Evaluación psicológica forense. Ciencias de la Seguridad, Universidad de Salamanca.

Muñoz, E & Rodríguez, L. (2010). El desarrollo de la psicología jurídica en Colombia desde la perspectiva de sus peritos y pioneros. Recuperado de; <http://psicologiajuridica.org/psj189.html>

López, E. G., Lacalle, J. & Pérez. M, A. (2011). Psicología jurídica-forense y juicios orales en materia penal: Perspectivas, riesgos y desafíos. Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística, (6), 8-9.

Manzanero, A. (2009). Psicología Forense: definición y técnicas. Teoría y práctica de la investigación criminal, 313-339. Recuperado de; https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/TEORIA_PRAC_INV_CRIM_01.pdf#page=313

Rivera, S. J., & Rojas, S. C. (2005). Aproximación a la historia de las ciencias forenses en Colombia (segunda mitad del siglo XVIII primera mitad del siglo XX). Revista Exhumaciones, (2), 1-12.

Orduz, G, F. (2016). Psicología jurídica en Colombia. Un breve recorrido desde sus inicios hasta el conflicto armado. En violencia sexual y el conflicto armado. Aproximación jurídica (pp. 19-30). Cúcuta, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar

Quintana G, I. (2017). Construcción y validación del cuestionario Psifocu para la evaluación psicológica forense de la custodia. Recuperado de; <https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/1389/quintanaines2017.pdf?sequence=1>

Blog METODOLOGÍA Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS. Psicología forense.

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA FORENSE

GUÍA DEL ESTUDIANTE

Recuperado de <http://metodologiaymetododetesis.blogspot.com/2019/02/marco-teorico-psicologia-forense.html>

<https://glosarios.servidor-alicante.com/analisis-conductual/analisis-de-la-conducta>

Blog Alex Arroyo. Tipos de personalidad, perfiles psicológicos (2016). Recuperado <https://blog.lasleyesdelexito.com/tipos-de-personalidadperfiles-psicologicos/>

Pijamasurf (2015). ESTOS SON LOS 8 TIPOS PSICOLÓGICOS DE CARL G. JUNG, ¿CUÁL ERES TÚ?. Recuperado de: <https://pijamasurf.com/2015/02/estos-son-los-8-tipos-psicologicos-de-carl-g-jung-cual-eres-tu/>

Manual del alumno. Máster en Psicología Jurídica. Psicología Forense (2017). p.159-185. EUROINNOVA Editorial. España

ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN

GUÍA DE APREDIZAJE TOPOGRAFÍA FORENSE		
REALIZADA POR:	FECHA:	REVISADA:
Docente: JESÚS ARMANDO RÍOS TONGUINO	19/AGOSTO/2020	IJ. Freddy Hernando Clavijo Umaña ESEVI- GRUSE SI. Soto Pineda Álvaro DINAE FASVI PT. Royer Stic Martínez ESEVI- Responsable programa
Docente: JESÚS ARMANDO RÍOS TONGUINO	30/ENERO/2022	Docente: JESÚS ARMANDO RÍOS TONGUINO