



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
EN LA VÍCTIMA DE DELITO**

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

FERNANDO TREJO MARTÍNEZ

Director de tesis:

MTRO. RENATO GALLARDO LÓPEZ

PUEBLA, PUEBLA

ABRIL 2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
1.3 ANTECEDENTES	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	27
2.1 PSICOLOGÍA Y VICTIMOLOGÍA.....	27
2.1.1 <i>La Psicología Jurídica</i>	27
2.1.2 <i>La Victimología como ciencia</i>	29
2.1.3 <i>Víctima y procesos de victimización</i>	32
2.1.4 <i>La víctima de delito</i>	34
2.1.5 <i>Modelos de atención a víctimas</i>	38
2.2 EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).....	40
2.2.1 <i>Historia y clasificación</i>	40
2.2.2 <i>Incidencia y prevalencia</i>	42
2.2.3 <i>Factores de riesgo del TEPT</i>	44
2.2.4 <i>Criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-IV y DSM-V</i>	46
2.2.5 <i>Diagnóstico diferencial del TEPT</i>	52
2.2.6 <i>Tratamiento del TEPT</i>	55
2.3 FUNCIONAMIENTO CEREBRAL: SECUELAS DEL DELITO.....	57
2.3.1 <i>Conceptos generales del funcionamiento cerebral</i>	57
2.3.2 <i>Aspectos neurobiológicos del TEPT</i>	59
2.3.3 <i>Psicoendocrinología</i>	63
2.3.4 <i>La Memoria y Resiliencia</i>	65
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	68
3.1 PARTICIPANTES	68
3.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	70
3.2.1 <i>La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)</i>	71
3.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	72
3.3.1 <i>Variables de clasificación</i>	72
3.3.2 <i>Definición conceptual del constructo a medir</i>	72
3.4 PROCEDIMIENTO	75
3.5 INSTRUMENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	78
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	79
4.1 ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	79
4.1.1 <i>Confiabilidad de la prueba piloto</i>	79
4.1.2 <i>Confiabilidad de la muestra normativa</i>	81
4.2 CONFIABILIDAD POR CRITERIO DIAGNÓSTICO	82
4.2.1 <i>Criterio Reexperimentación</i>	82
4.2.2 <i>Criterio Evitación</i>	83
4.2.3 <i>Criterio Hiperactivación</i>	84
4.2.4 <i>Criterio Escala Complementaria</i>	84

4.3 ANÁLISIS FACTORIAL	85
4.3.1 Análisis de componentes principales	86
4.4 ANÁLISIS POR SUCESO TRAUMÁTICO	88
4.4.1 Robo o asalto	89
4.4.2 Muerte de un familiar o ser querido	90
4.4.3 Acoso o abuso sexual	91
4.4.4 Accidente de tráfico	92
4.4.5 Intento de secuestro	93
4.4.6 Extorsión telefónica	94
4.4.7 Otros	95
4.4.8 Análisis General	96
4.4.9 Por grupos de género	97
CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN	98
5.1 DISCUSIÓN	98
5.2 CONCLUSIONES	101
5.3 RECOMENDACIONES	104
BIBLIOGRAFÍA	106

(...) dedico éste proyecto de tesis a mi Padre, por su meticulosidad, paciencia y perfección que me ha enseñado y exigido a lo largo de toda mi trayectoria estudiantil; a mi Madre, por su apoyo, comprensión y motivación en cada proyecto que decidí emprender en todo el tiempo como estudiante. Lo dedico a ambos por su apoyo económico y moral que me brindaron para poder estudiar la carrera, y por su paciencia para emprender éste proyecto de tesis.

Dedico éste trabajo como resultado del apoyo de mi tía Toña, quién me ha permitido vivir en su casa durante mi vida universitaria; a mi tío Miguel por su apoyo y comprensión durante este tiempo en innumerables comidas y pláticas. Lo dedico a ambos por el tiempo que he compartido con ellos durante mi vida universitaria y las enriquecedoras enseñanzas que me han dejado.

Dedico este trabajo en especial a quién me enseñó desde el primer día que la psicología va más allá, quién me habló de la existencia de otros andamios, a quién me supo apoyar en cada instante sin importar lo difícil que pintara. Dedico éste trabajo a quién me sirvió de motivación en cada proyecto de investigación, ponencias y experiencias extra curriculares; el conocimiento no es producto de la generación espontánea, y por ello hago la mención a quién me cultivó día a día nuevas perspectivas, porque finalmente: quien lo siente... lo sabe.

Agradecimientos:

En este apartado haré mención de manera especial y sincera a cada una de las personas que, con su apoyo, hicieron que fuera posible llevar a cabo éste proyecto de tesis; y por lo que, lo menos que se puede hacer por cada una de ellas es hacerlas parte del mismo.

En primer lugar me gustaría agradecer al **Mtro. Renato Gallardo López**, ya que además de ser quien dirigió y asesoró éste estudio, en la formación universitaria me mostró un panorama único y enriquecedor llamado *Psicología Jurídica*, sin dejar de lado los conocimientos que ilustró con su experiencia en la rama, agradezco su ímpetu como profesor en la universidad por inyectarme esa chispa por aprender y llevar a cabo este trabajo.

A su vez, sin restar mérito agradezco a la **Mtra. Karina Rodríguez Castillo** por permitirse el tiempo para leer el proyecto, darme sus observaciones, además de proyectar a lo largo de la carrera una profunda influencia y admiración por el quehacer en la Psicología, sin dejar de lado el apoyo que me ha brindado a lo largo de éste tiempo. De la misma manera al **Mtro. Alfonso Aquino Román** por acceder a ser lector éste trabajo, brindarme su apoyo y asesoría cuando lo requerí, y por enseñarme que no se requiere ser estricto ni rígido como profesor para generar un interés y aprendizaje por la metodología.

También agradezco a la **Mtra. Janet Rojas Hernández** y al **Dr. José Luis Sánchez Rodríguez** por su colaboración como jueces expertos en el proceso de estandarización del instrumento. A la **Mtra. Donaxi Hernández Vichido** y al **Dr. Juan Manuel Tetitla** por sus comentarios, asesorías y apoyo brindado para llevar a cabo la metodología de ésta tesis.

Considero apto y oportuno realizar un agradecimiento a la **Dra. Lilia Silvia Vázquez Calderón** por brindarme la formación complementaria en la Psicología Jurídica en el momento más oportuno como universitario; al **Dr. Rubén Juárez López** por su apoyo, asesoría y exigencia como estudiante, no sólo de ahora, sino desde mi educación básica hasta la fecha.

Es de importancia mencionar que me encuentro enormemente agradecido con **Javier Zenteno Hernández, Jorge Caballero Lili e Iván Zárate Portilla**, por su ayuda, tiempo y disposición para la aplicación de los instrumentos durante el tiempo que se requirió.

Para finalizar quiero agradecer a cada uno de mis amigos que me ayudó de forma distinta y útil para cada duda, consejo y apartado de ésta tesis: a **Jorge Vélez** y **Ricardo Cano** por la explicación en el aspecto de la metodología, además de brindarme un excelente material bibliográfico, como **Luis Ángel Guzman** por estar pendiente y ayudarme en lo que requiriera los pasos finales de la tesis; así como el grupo de amigos que siempre han estado ahí en la formación universitaria: **Zurisaddai Cruz, Oscar Hernández y Adrián Zavaleta**.

INTRODUCCIÓN

“Así, el criminal es estudiado, protegido, tratado, explicado, clasificado, sancionado, auxiliado, en tanto que la víctima es escasamente mencionada (...) las razones por las que sucede este fenómeno, es una tentativa explicación del miedo que se le tiene al criminal; el sujeto antisocial es naturalmente temido por la colectividad, y la víctima, por otro lado, es el fracaso del Estado en su misión de protección y tutela de los intereses de la comunidad”

Rodríguez Manzanera (2012)

El contexto que nos rodea, es en resumen, una sociedad inmersa en la crisis de valores, dirigida al placer momentáneo y facilidad de entablar una relación interpersonal, diluirla, sublimarse y cuando es incomoda, congelarse; si bien, las situaciones en las dinámicas sociales han cambiado continuamente, es de mencionar que los delitos se han extendido y adquirido nuevas formas de manifestación, pasar de un simple robo en la calle, los carteristas, a, una extorsión telefónica, clonar tarjetas de crédito, el secuestro exprés, y por no mencionar otros: la situación en tema de seguridad es ya un tema de cotidianeidad, que va más allá, y se exige como una necesidad para el bienestar en el día a día.

De acuerdo con la Encuesta nacional sobre victimización y percepción del delito (ENVIPE, 2015), en su aplicación más reciente estima que durante 2014 hubo 22.8 millones de víctimas de 18 años y más, lo cual representa una tasa de 28,200 víctimas por cada cien mil habitantes, y ha mostrado un aumento, ya que en el 2010 la tasa era de 23,996 víctimas.

La ENVIPE constituye uno de los estudios más cercanos al delito y a la víctima en México, son pocos y contados los antecedentes que pueden apoyarnos en una visión más cercana al fenómeno; por otro lado, podemos hacer mención de autores como Echeburúa, Paz del Corral, Amor, Zubizarreta, entre otros, que en España han hecho estudios en víctimas en general, como abuso sexual, terrorismo, accidentes de tráfico, entre otros. En Estados Unidos podemos hacer mención del Doctor en Psicología Killpatrick, quien se ha enfocado a la víctima del

delito y las secuelas psicológicas que este le genera; sin embargo, en México hallamos este vacío desde los procedimientos de atención, los artículos que hacen mención a la víctima de delito y la minimización que se hace del fenómeno.

En el presente trabajo se hace una postura en reconocimiento a la víctima del delito, específicamente a la de asalto en calle o transporte público, robo total o parcial del vehículo, y extorsión telefónica, ya que estos constituyen la tasa de delitos más frecuentes según la (ENVIPE, 2015).

En el primer capítulo del marco teórico se aborda la conceptualización de la Victimología como ciencia, las aportaciones que hace desde su perspectiva, así como su relación con la Psicología, para así generar un entendimiento y encuadre al estudio de la víctima en el trabajo.

Continuando, en el segundo capítulo, se detalla el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) como secuela psicológica, su historia y conceptualización a lo largo de la historia, sus criterios diagnósticos y manifestaciones, sin dejar de lado los modelos de tratamiento que existen.

Enlazando a la víctima del delito junto al TEPT, en el tercer capítulo, donde se habla del funcionamiento cerebral en la secuela psicológica; en este apartado se explica el cambio que se produce en dicho nivel a partir de un suceso estresante, el interés es explicar como un delito produce determinados cambios a nivel cerebral en la víctima, y estos son manifestaciones del TEPT.

En el penúltimo capítulo se presenta la metodología de estudio, donde se hizo la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, et al, 1997) con población en general y sus resultados; explicando porque es importante la evaluación psicológica posterior al delito y, para finalizar se realiza la propuesta de intervención a partir de las conclusiones generadas en el presente estudio.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la ENVIPE (2015), que es elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), tiene como objetivo proporcionar información sobre el grado y naturaleza de los delitos con el fin de fortalecer la toma de decisiones en seguridad pública, y los resultados más relevantes fueron los siguientes:

- Se encontró que en la Tasa de Víctimas de Delito por cada 100 mil habitantes en el Estado de Puebla, ha tenido un aumento del año 2010 con 21,441 víctimas al 2014 con 23,741 (estudio más reciente).
- En la Tasa de Delitos por cada 100 mil habitantes en el 2014 fue de 23,741 y en el 2015 arrojó un total de 32,690 delitos por cada 100, 000 habitantes. La Tasa de delitos más frecuentes por cada 100 mil habitantes es de 8,474 en extorsión telefónica, 8,270 en asalto en la calle o en el transporte público y 4,277 en robo parcial o total del vehículo.
- De la ENVIPE se estima que para 2014 en el Estado de Puebla se denunció el 12.3% de los delitos (en 2010 fue del 10.1%), de los cuales el 55.1% llevaron a inicio de averiguación previa en el Ministerio Público. Esto es, del total de delitos se inició averiguación previa en el 6.8% de los casos.
- La Cifra Negra para el Estado de Puebla es el 93.2% lo que Para Estados Unidos esta tasa representa 63%, en Canadá 69%, y para Inglaterra y Gales 61 por ciento. La ENVIPE estima en Puebla que el 53.1% de la población de 18 años y más considera a la Inseguridad como el problema más importante que aqueja hoy en día en la entidad federativa, seguido del Desempleo con 50.7% y el Aumento de precios con 43.4 por ciento.
- El Nivel de Confianza que la sociedad de Puebla manifiesta respecto de autoridades. El 80.3% de la población de 18 años y más identifica a la Marina como la autoridad que mayor confianza inspira con “Mucha o Alguna”, seguida del Ejército con 79 por ciento.

Los datos que arrojó la ENVIPE en su estudio más reciente (2015) estiman que por cada 100 mil habitantes 23,796 son víctimas de delito con 18 años o mayores. La problemática radica en el resarcimiento de los daños a la víctima como vacío legal, ya que solo está determinado el daño Físico, mas no el Psicológico. Y ninguna institución del gobierno propicia esta atención de alguna manera, lo más próximo son las asociaciones civiles.

En el estudio *Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana* (Medina-Mora, 2008) se hizo una encuesta a nivel nacional sobre la prevalencia del TEPT en donde el 68% de la población ha estado opuesta a un suceso estresante en su vida; de los cuales el 24.6% lo refiere un atraco, amenaza con arma lo que equivale a 581 personas. De esta muestra solo el 1.8% presento TEPT.

Por otro lado en el estudio medición del TEPT en universitarios mexicanos (Mendoza, et al, 2003) se evaluó una población de 858 estudiantes de cuatro universidades públicas del estado de México, siendo su muestra 669 jóvenes entre 18 y 25 años. Elaborando su propia escala de medición del TEPT obteniendo una confiabilidad de 0.95 y una varianza a nivel factorial del 45.15%.

En el 2012 se hizo el estudio TEPT: eficacia del programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en la población mexicana (López- de la rosa, UNAM). En este estudio se recalca la alta prevalencia del TEPT de la población mexicana utilizaron a 200 participantes víctimas o testigos de un delito violento para ello hicieron uso de la entrevista diagnóstica para el TEPT con adaptación a la población mexicana por Palacios en el 2002. En este estudio se hizo uso de un modelo que tuvo como finalidad reducir los niveles de ansiedad en el TEPT mediante una técnica vivencial o de exposición prolongada.

1.1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de delito en la ciudad de Puebla?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Estandarizar la Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático con la población Mexicana

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la fiabilidad y compatibilidad de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en las víctimas de delito de la ciudad de Puebla
- Estimar la prevalencia de las secuelas psicológicas en víctimas de delito mediante la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático.

1.3 ANTECEDENTES

El tema que se va abordar es la Evaluación Psicológica en la Víctima de Delito, por lo que se comenzará a precisar en los antecedentes por tres partes fundamentales que lo constituirán y darán justificación, tanto a los objetivos, como a el uso del instrumento.

Los temas que se detallarán a continuación son: 1) La evaluación psicológica en el campo de la Psicología, en este apartado se hará mención de aquellos estudios referentes a la evaluación en el campo de la Victimología, aterrizando en los datos de interés que forjen un argumento sólido del porque evaluar y la necesidad del

contexto, así como los resultados más relevantes que se han hallado y por ende, a las conclusiones.

Conociendo el panorama de la evaluación psicológica y sus modalidades de la misma, se presentará el siguiente tema como antecedente: 2) El trastorno de estrés postraumático, en este apartado se conocerá en relación con el tema anterior, la prevalencia y datos significativos en la población mexicana desde diversos estudios que se han hecho, también se comentarán las características del mismo y nuevos hallazgos en otros países.

Conceptualizando los dos temas previos, se pretende aunar la evaluación psicológica y el trastorno por estrés postraumático en la víctima, pero el objetivo de estudio es específicamente la víctima de delito, entonces se presentará el último antecedente: 3) Estudios de Victimología en México, de manera indirecta se presentarán los datos relevantes del contexto, como lo son los delitos frecuentes, modelos de atención y propuestas de capacitación.

Siendo así el objetivo deseado de este apartado general, que se conozca la necesidad de la evaluación psicológica para conocer la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en la población mexicana mediante los estudios más significativos, daremos paso al primero de ellos:

1. Echeburúa, Del Corral y Amor (2004), titulado “*Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*”, es uno de los primeros estudios que se dirigen a la evaluación psicológica en el terreno de las víctimas, y en el encontramos que hace un acercamiento a las implicaciones clínicas y forenses del daño psicológico en víctimas de delito, los delitos principales que se encontraron en el mismo fueron: agresión sexual, terrorismo y violencia familiar, la muestra total constó de 330 personas afectadas por estos sucesos. El instrumento que se hizo uso fue la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático de Echeburúa, Corral, Amor, et al. (1997).

Es importante dar mención que, en este estudio se hace la definición de los delitos violentos como “sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y

dejan a la víctima en tal situación emocional, que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales” (Kilpatrick, et al, según Echeburúa, Corral y Amor 2004). Así mismo, estos autores sugieren que el daño psíquico debe ser evaluado correctamente para su tratamiento, de la mano que requiere ser evaluado también en las víctimas indirectas de los sucesos violentos, que son las personas que, sin ser directamente concernidas por el hecho delictivo, sufren por las consecuencias del mismo.

Este estudio se considera antecedente primordial para los objetivos deseados en el proyecto presente, dado que realizan una definición que se acopla y será de utilidad para los mismos, “el daño psicológico refiere a todas las lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica, como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana” (Echeburúa, et al, 2004).

Lo que genera, habitualmente, daño psicológico, suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado, la pérdida violenta de un ser querido y la exposición al sufrimiento de los demás, más aún si se trata de un ser querido o de un ser indefenso (Green, según Echeburúa, et al, 2004). En los resultados obtenidos en el estudio se encontró que entre el 65% y el 70% de las víctimas de agresiones sexuales y de terrorismo presentan el cuadro clínico, sin apenas diferencias entre unas y otras, por otro lado las víctimas de agresiones sexuales y de terrorismo presentan una mayor gravedad que las que han sufrido una situación de violencia familiar.

2. Echeburúa y Paz de Corral (2005) en *¿Cómo evaluar lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?* se da una concepción especial a estudiar las implicaciones entre la evaluación clínica con la forense, determinando las diferencias entre ambas y cómo influyen los factores de vulnerabilidad y victimización en las víctimas de delitos violentos, es un estudio de

carácter cualitativo, que constó de la revisión bibliohemerográfica de estudios previos y concluyen con propuestas de intervención.

En general, los sucesos más traumáticos -las agresiones sexuales, los secuestros, la muerte de un ser querido, etcétera- dejan frecuentemente en las víctimas huellas devastadoras y secuelas imborrables, a modo de cicatrices psicológicas, y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas. Sin embargo, muchas víctimas se muestran resistentes a la aparición de miedos intensos, de gravedad clínica, tras la experimentación de un suceso traumático. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, según Echeburúa y Corral, 2005).

En el estudio se concluye que “el conocimiento del daño psicológico, así como la necesidad de su evaluación, (...) de lo que se trata, en última instancia, es de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente en los casos precisos, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y evitar la creación de nuevas víctimas”

3. Ramón Arce, (2007) en *Evaluación Psicológica en casos judiciales. ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal?* plantea el debate sobre si la Psicología Forense es sinónimo de Psicología Clínica, la evaluación forense de la evaluación clínica tradicional, el diagnóstico forense del diagnóstico clínico, o la interpretación psicopatológica de la psicológico-forense, de la mano que aporta la definición de víctima; víctima es aquella persona que ha sufrido un perjuicio, entendiendo por ello una lesión física o mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material, o un menoscabo importante en sus derechos, como consecuencia de una acción u omisión que constituya un delito con arreglo a la legislación nacional o el derecho internacional, o bien sea un acto de abuso de los poderes públicos (ONU, 1988).

El autor hace mención que la secuela psicológica más usual en la víctima de delito es el Trastorno por Estrés Postraumático. Sin embargo, en el ámbito forense solo

se da mención de este solo cuando es consecuencia del acto delictivo, y es comprobable que es huella del mismo y no de otra causa, por lo que los protocolos de la evaluación forense se dirigen hacia la detección de causalidad, así como el descartar una simulación por parte de la víctima, la duración de la secuela psicológica.

Los instrumentos más usuales en la evaluación psicológica son la observación conductual, la entrevista y los instrumentos psicométricos, mismo que dan paso a la simulación por parte del entrevistado, la ambigüedad y los datos de la víctima se ponen en juego por el breve tiempo en que estos mismos son evaluados de manera rápida para una conclusión en el ámbito forense. El autor pone en manifiesto que la evaluación clínica no es apta para el ámbito forense, ya que los elementos psicométricos de los test tienen facilidad de *manipulación* –según su punto de vista-, por lo que deben ser más específicos y rígidos en los estándares de confiabilidad y validez.

4. Arce, Fariña, Carballal y Novo (2009) en *Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género*, hicieron un estudio experimental, que abordó como eje central la simulación del Trastorno por Estrés Postraumático como huella comprobable en el ámbito forense, se administró el MMPI-2 a 101 mujeres donde solo 3 lograron simular TEPT.

Se hace mención que la victimación engloba cinco tipos de lesiones: física, mental, sufrimiento emocional, pérdida o daño material y pérdida o menoscabo en los derechos, pero como carga de prueba los daños se reducen fundamentalmente a físicos y psíquicos. En los resultados, se encontró que a) las participantes cumplieron una tarea de simulación, con lo que la implicación en la tarea es presumiblemente menor que en casos auténticos y los resultados han de generalizarse a contextos reales con ciertas salvedades, b) en la entrevista clínico-forense, que presupone una tarea de conocimiento de síntomas por parte del sujeto, la capacidad de simulación de las participantes se redujo al 2.9%.

Las participantes fueron capaces de simular en el MMPI-2 las secuelas psíquicas asociadas a la violencia de género, tanto el daño primario (84.2%), el TEPT, como un estado co-mórbido (58.4%) compuesto por TEPT, depresión e introversión social.

5. Echeburúa, Muñoz y Loinaz (2011) en *La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro*, se realizó un estudio de carácter teórico con la finalidad de establecer las adaptaciones que requiere la evaluación clínica para su uso en el ámbito legal.

El primer punto en común que establecen los autores es que tiene como objetivo principal la valoración del estado mental del sujeto explorado, así de su actuación poder llevar a cabo una posterior intervención terapéutica; la segunda, analizar las repercusiones jurídicas de los trastornos mentales. Sugieren, que en la evaluación psicológica forense el sujeto no se presenta de forma voluntaria ante el profesional, por lo que su participación está determinada por el proceso judicial que este enfrenta, y que los dictámenes periciales, a diferencia de las evaluaciones clínicas, se van a caracterizar por la enorme influencia que pueden tener en el futuro de los sujetos evaluados.

Los autores enfatizan que “el proceso psicopatológico en la evaluación forense sólo tiene interés desde la perspectiva de las repercusiones forenses de los trastornos mentales, a diferencia del contexto clínico, en donde se convierte en el eje central de la intervención” (Archer, según Echeburúa, Muñoz y Loinaz 2006).

Las conclusiones a las que llegan en este estudio fueron que: El informe clínico se diferenciará así del dictamen pericial en tres puntos: a) la autoría (terapeuta/perito); b) el contenido (informe clínico centrado en el funcionamiento psíquico global del paciente; dictamen pericial referido al estado mental del sujeto en relación con el procedimiento judicial); y c) la finalidad (terapéutica en un caso; judicial en otro).

6. José Manuel Muñoz, (2013) en *La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial*, el autor enfatiza en pretender abordar las principales dificultades a las que se enfrenta el perito en la

evaluación del daño psíquico con el objetivo de ayudar al diseño del proceso de evaluación, de la mano que propone un formato de informe psicológico forense del daño psíquico.

La valoración psicolegal implica que el perito debe transformar cuestiones jurídicas a términos psicológicos. El concepto legal de daño psíquico haría alusión a todos aquellos desajustes psicológicos derivados de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal (psicopatología traumática).

El primero haría referencia a las consecuencias psicológicas derivadas del delito, siendo un concepto con base empírica, medible y objetivable y, por tanto, objeto de la intervención pericial. Se retoman estas definiciones del estudio por que a continuación se cita la conceptualización que será de utilidad para discriminar el objetivo de este proyecto “el daño psíquico puede adoptar dos formas en terminología jurídica: lesión psíquica, que hace referencia a una alteración clínicamente significativa que afecta en mayor o menor grado la adaptación de la persona a los distintos ámbitos de su vida (personal, social, familiar o laboral), (...) la secuela psicológica como la estabilización y consolidación de esos desajustes psicológicos (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004)”

Para delimitar la secuela psíquica, el autor propone introducir un elemento cronológico (2 años desde la exposición al delito) y valorar la intervención clínica realizada. La cristalización de la lesión psíquica (secuela) suele expresarse, desde el punto de vista psicopatológico, mediante la aparición de rasgos desajustados en la personalidad de base que dificultan la adaptación del sujeto a su entorno (i.e., dependencia emocional, suspicacia, hostilidad y aislamiento social).

Las conclusiones a las que llega el autor en su estudio son: a) a grosso modo, el TEPT se ha asociado más a delitos de impacto (robos con violencia, violación, etc.), y b) respecto al tratamiento más eficaz para el TEPT se señala la terapia cognitivo conductual con técnicas de exposición (en imaginación o en vivo).

Es de suma importancia dar mención a este estudio porque a comparación de los anteriores, en vez de contrastar las diferencias entre la evaluación clínica y forense, si una es mejor que otra y sus limitantes, se recoge la aportación de

ambas, así como una propuesta de intervención desde el nivel conceptual de modo que, ambas se complementen y faciliten como una herramienta de apoyo a la víctima del delito violento.

En resumen, con los 6 antecedentes ya citados y mencionados, se establece que la necesidad de una evaluación Psicológica tiene su objetivo en identificar el daño psicológico de la víctima en un delito de carácter violento, a su vez las secuelas psicológicas que de este derivan, con la finalidad de ajustar un plan de intervención y tratamiento que le devuelva la estabilidad al sujeto para la reanudación de sus actividades diarias, desde el ámbito laboral hasta el individual y familiar; concluyendo que la evaluación deseada y propuesta en este trabajo será **la evaluación psicológica clínica**, y no la forense, dado que no nos interesa un ámbito legal, sino específicamente el tratamiento y detección de secuelas psicológicas del individuo de manera voluntaria, que esté comprometido con el proceso y se de confidencialidad a sus resultados sin proporcionar etiquetas a terceros que puedan crear difamación.

Ahora, en este segundo apartado de antecedentes haremos revisión de aquellos estudios que han empleado una evaluación psicológica en el estudio del trastorno por estrés postraumático en determinadas poblaciones, con determinados instrumentos y objetivos, dando mención aquellos datos significativos que precedan el estudio de este trabajo.

1. Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997) en *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático: Propiedades Psicométricas*, se hace la validación de la EGS del TEPT con 175 sujetos con diagnóstico previo de TEPT y una muestra normativa de 463 sujetos extraídos de la población normal.

La muestra está constituida por diversos grupos de sucesos: a) violencia doméstica, b) accidentes de tráfico, c) agresiones sexuales, d) terrorismo y e) otros sucesos, la escala funciona de manera de entrevista semiestructurada y está compuesta por 17 ítems en escala tipo Likert de intensidad, con un rango de 0 a 3, y una escala complementaria de 13 ítems para rasgos somáticos. Su composición

se basa en los criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-IV TR (APA, 2000), permitiendo identificar la prevalencia del trastorno, así como en la escala suplementaria los elementos que aquejan al sujeto y puedan ser de guía para un proceso terapéutico.

La aplicación se realizó de manera individual,, los resultados indicaron una alta prevalencia del TEPT en las víctimas de agresión sexual, secundados por la de violencia doméstica, así mismo se encontró una eficacia diagnóstica muy alta tomando en cuenta los puntos de corte por el criterio de reexperimentación, siendo el más característico del TEPT y que lo diferencia de otros trastornos de ansiedad.

2. Echeburúa, del Corral y Amor (1998) en *Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas*, se hace un estudio comparativo de las tasas de prevalencia del TEPT en diversos perfiles psicopatológicos, como lo son violencia doméstica, accidentes de tráfico, abuso sexual, terrorismo y enfermedades graves.

La muestra estuvo constituida por 352 víctimas, de las cuales 157 tenían diagnóstico previo de TEPT, y otras 60 el subsíndrome de estrés postraumático; los resultados mostraron que más del 50% de las víctimas de agresiones sexuales, violencia doméstica y terrorismo, además del 30% de los aquejados con una enfermedad grave presentan un cuadro clínico completo; sin embargo las víctimas de accidentes de tráfico solo el 12% aqueja TEPT.

En las víctimas recientes (67,3%) aqueja este cuadro clínico, mientras que en las no recientes solo el 15,8%, destacando que en las víctimas que tienen más tiempo, como meses y años sigan aquejando este cuadro (34,7%), el elemento nuclear del TEPT es la percepción de amenaza incontrolable por parte de la víctima a su integridad física.

3. Medina-Mora, Borges y Muñoz Lara, et al (2003) en *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*, en el cual describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la

población urbana adulta. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes). La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3%, y a nivel individual fue de 76.6%.

Alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años y 68% tuvo únicamente estudios primarios. El 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

4. Roxana Vuanello, (2003) en *Exploración sobre el sentimiento de inseguridad en víctimas de delitos contra la propiedad*, el autor toca el concepto de seguridad no sólo respecto de la necesidad de no ser víctima de delitos sino también a la garantía de gozar de la vigencia de un Estado Constitucional de Derecho que asegure un nivel mínimo y digno de desarrollo en las necesidades básicas de los ciudadanos, sentir la inseguridad es uno de los problemas más acuciantes en cuanto genera miedo a ser víctimas de la violencia, apoderándose del imaginario colectivo, lo que desencadena respuestas individuales y grupales muy diversas.

Plantea del concepto de estrés psicológico como el resultado de una relación particular entre el sujeto y el entorno que se produce cuando éste es evaluado por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que por ello pone en peligro su bienestar, su estudio lo dirigió a jóvenes entre 16 y 24 años, pertenecientes a ambos sexos. Los integrantes de la muestra son estudiantes de los últimos años de la educación media (4º y 5º año) y de los primeros años universitarios (1º a 4º año) de diferentes carreras. La investigación fue de tipo exploratorio, quedando la muestra constituida por 110 jóvenes, siendo 67 mujeres y 43 varones.

Los resultados encontrados fueron que se refuerza la idea de que la violencia que caracteriza nuestro acontecer social es una fuente de estrés, mientras que una forma de manejar las demandas de un medio violento es a través de las estrategias de afrontamiento, la búsqueda de apoyo social, pertenencia y amigos a través de las cuales buscan disminuir el grado de trastorno emocional que pueden ocasionar los hechos delictivos acontecidos o la amenaza de otras situaciones, y una de las situaciones más temidas es la de sufrir un robo en el propio domicilio lo que demuestra que uno de los espacios de pertenencia de los jóvenes.

5. Medina-Mora, Borges y Muñoz Lara, et al (2005), en *Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana*, se basaron en el análisis de la Encuesta Nacional Epidemiológica y de Psiquiatría para encontrar que las consecuencias de la violencia varían en su expresión e incluyen trastornos severos como la depresión mayor, la ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático (TEPT), se estimó que sólo una de cuatro personas manifiesta un TPET después de un suceso traumático,

Los resultados del estudio mostraron que 68% de la población adulta que vive en el México urbano ha estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en su vida, los atracos o amenazas con armas ocurren en todas las edades, aunque empiezan a ser más frecuentes en la adolescencia, se manifiestan en forma continua hasta los 40 años, y son poco frecuentes en las dos siguientes décadas hasta los 60 años.

La prevalencia total de trastorno por estrés postraumático fue de 1.45%; 2.3% en las mujeres y 0.49% en los hombres, fueron las asociadas a la persecución o acoso, la violación, el secuestro, el abuso sexual y el haber sido víctima de violencia doméstica. Los resultados del estudio indican una alta exposición en la población nacional a sucesos susceptibles de generar un estado traumático, siendo los más frecuentes la muerte de un familiar cercano, el haber sido víctima de un robo o la amenaza con arma y los accidentes. Los menos frecuentes fueron la experiencia de guerra, el haber sido testigo de matanzas, y el homicidio imprudencial o intencional.

6. Lara, Moreno, Muñoz, Merino y Chávez (2011) en *Validación mexicana de la Escala de Estrés Traumático Secundario*, realizaron la validez del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario obtenida en una muestra mexicana de profesionales de emergencias médicas y bomberos.

La muestra estuvo constituida por 427 sujetos pertenecientes a dos muestras diferentes: 204 profesionales de emergencias médicas de la Cruz Verde, y 223 bomberos de los municipios de Guadalajara, Tlajomulco y Tlaquepaque, en Jalisco, México. La edad promedio fue de 32.5 años (DE = 8.3). El 24% de los participantes fueron mujeres. La experiencia profesional media fue de 9 años (DE = 6.9), y 77% de los trabajadores informaron tener contrato fijo. El 32% refirió haber padecido alguna experiencia traumática personal de forma directa.

El instrumento a utilizar fue el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Moreno, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004). Se reconoce que las esferas afectivas y del estado de ánimo del trabajo en las profesiones con fuerte contenido emocional son objeto de preocupación cada vez mayor a medida que el medio ambiente de trabajo se hace más complejo. Se encontraron medias escalares que indicaron que la variable sintomatología presentó el valor más alto, lo que indica que los participantes manifestaron síntomas cognitivo-emocionales asociados a la actividad laboral que desempeñaban; la variable sacudida de creencias alcanzó un valor inter-medio, lo que señala que algunas veces los sujetos habían cuestionado o revalorado sus creencias en relación a las situaciones traumáticas que habían experimentado; finalmente, la variable fatiga por compasión, con el valor más bajo,

indicó que no percibían que el tipo de trabajo les ocasionara fatiga emocional, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de profesionales de emergencias y el de bomberos.

7. De la Rosa Gómez y Cárdenas López (2012) ,en *Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana*, se hizo un tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) por violencia criminal mediante realidad virtual. La muestra clínica estuvo conformada por 20 participantes de Cd. Juárez, México, que voluntariamente aceptaron integrarse a la investigación, con edades entre 18 y 65 años. Todos los participantes cumplían los criterios del DSM-IV-TR para TEPT y fueron distribuidos aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento: (a) tratamiento de exposición prolongada mediante realidad virtual y (b) tratamiento de exposición prolongada mediante imaginación.

El tratamiento fue brindado en sesiones individuales de 90 min, dos veces por semana por cuatro terapeutas, dos mujeres y dos hombres. En una fase previa al tratamiento se realizó la capacitación a los terapeutas en la aplicación del tratamiento para ambas condiciones experimentales y el uso de los sistemas de realidad virtual. Las autoras del presente trabajo conjuntamente participaron como capacitadora y terapeuta clínica. En la evaluación pretratamiento, el total de la muestra presentaba diagnóstico de TEPT agudo (55%) y crónico (45%). Al finalizar el tratamiento el 100% de los participantes de ambos grupos de tratamiento no cumplieron los criterios diagnósticos para TEPT.

Los resultados obtenidos en la muestra estudiada evidencia la alta incidencia de TEPT en mujeres (Tolin y Foa, 2008), así como se confirman los resultados de estudios antecedentes sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo del TEPT (Broekman et al., 2007) que mencionan que un bajo nivel escolar, un contexto social aversivo y el presenciar un evento traumático a temprana edad son factores de vulnerabilidad que contribuyen a agravar el impacto psicológico del evento traumático sufrido.

8. Mojica, Mendoza, Guadarrama y Lira, (2013) en *Medición del Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos*, se hizo la validación de un instrumento para detectar TEPT, en el estudio participaron 858 estudiantes de cuatro universidades públicas de Tejupilco, Estado de México. La muestra fue de 669 jóvenes de ambos sexos con edades de 18 a 25 años, quienes contestaron la escala en su totalidad.

La muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por 669 (78%) estudiantes de ambos sexos de entre 18 a 25 años, quienes al contestar la lista de sucesos vividos eligieron el más impactante, considerando que aún en la actualidad les perturbaba, describiéndolo y contestando completamente el apartado de sintomatología a partir de dicho suceso.

La prevalencia de sucesos traumáticos asociados al desarrollo del TEPT, considerados impactantes en su integridad física y emocional para esta población (78%), fue superior a lo reportado por Medina-Mora, el suceso más prevalente lo representó la experiencia de muerte repentina de algún familiar y/o amigo cercano, en la muestra fue de 24.4%, en población adolescente: alta presencia de accidentes de diversa índole y abuso físico (incluyendo la violencia doméstica).

Todos los estudios anteriores concluyen de manera certera la necesidad de profundizar en el análisis del TEPT, tanto en la población española, latina, como en la propia mexicana, debido a que la manifestación del cuadro clínico puede deberse a diversos acontecimientos, sin embargo lo tomaremos con antecedente general junto al de evaluación psicológica, para profundizar con detenimiento al TEPT en su posible prevalencia en los delitos más frecuentes según el INEGI.

1.3 Justificación

Ya se ha hecho mención de la gravedad del fenómeno de la inseguridad que se presenta en México, ya que de acuerdo a la ENVIPE, en su más reciente aplicación (2015), el 51.2% de la población considera que la inseguridad es el problema más importante que aqueja a la entidad de Puebla, aunando a ello el aumento en el porcentaje de índices delictivos del 2010 al 2015.

Autores como Echeburúa, et al, (1997) sostienen que las secuelas psicológicas en las víctimas de delito constituyen un problema importante en la sociedad moderna, y por lo que es importante un procedimiento de intervención en crisis para la víctima del delito, ya que se tiene la teoría de que, de acuerdo con estudios preliminares, esta intervención puede reducir las secuelas psicológicas en la víctima si se realiza de manera eficaz y en la brevedad posible.

Por otro lado, Killpatrick (2000) ha dirigido estudios a los efectos del cortisol en el TEPT con víctimas de delito, y ha concluido la manifestación de este trastorno es sumamente común en las víctimas, sus estudios han sido tan profundos que han alcanzado su relación con ramas nuevas de la ciencia, como lo es la Neuroendocrinología.

Sin embargo, estos estudios previos y alcances que han obtenido estos autores se han visto favorecidos por interesantes propuestas y seguimiento académico en sus países, cabe mencionar, que, en los mismos existe un modelo de atención a las víctimas en general, al igual que las de delito; haciendo mención que, existe un procedimiento de atención y rol definido para el psicólogo en el campo jurídico, cosa muy distinta a el contexto de México.

El trastorno de estrés postraumático genera un estado de hipervigilancia, alerta, evitación, fisiológicamente sudoración, taquicardia, palidez (Azcarate, 2012), que cumple de acuerdo con dos criterios diagnósticos del manual el Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM) 4 en su versión revisada, y 5 en su más reciente versión.

En la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos se hace mención en la reparación del daño a la víctima del delito específicamente en abuso sexual y ataques al pudor, sin embargo a delitos menores (por su categorización social) como lo es la extorsión telefónica, robo o asalto solo tienen una reparación de carácter económico; más no psicológico.

Dadas las presentes elevaciones en los índices de los delitos antes mencionados, se habla de una población cada vez más numerosa y, por ende, se exige una mayor atención y demanda en los servicios de atención con las víctimas de estos delitos a fin de descartar, prevenir y atender las secuelas psicológicas que se puedan presentar en esta población.

En resumen, el para que de este estudio de carácter exploratorio se expondrá en los siguientes puntos:

- Para determinar la prevalencia del Trastorno por Estrés postraumático en las víctimas del delito, detallando las diferencias significativas en grupos de edad, sexo y tiempo que ocurrió el suceso.
- Para realizar un proceso de estandarización de la Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en la población mexicana, y sirva como herramienta para la evaluación psicológica en la víctima de delito.
- Generar un estudio de comparación por la aplicación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático respecto a las aplicaciones existentes en otros países.
- Realizar el estudio como antecedente y que brinde un panorama respecto a las secuelas psicológicas en las víctimas de delito, tanto en México, como en otros países.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Psicología y Victimología

Este primer apartado tiene la finalidad de introducirnos al campo de la Psicología Jurídica y como esta tiene su nexo con la Victimología, se explicarán su objeto de estudio de esta y como conceptualiza a la víctima del delito, además de los modelos de atención existentes.

2.1.1 La Psicología Jurídica

Para comenzar, la Psicología Jurídica es una rama auxiliar que tuvo sus orígenes desde comienzos del siglo pasado en la intervención en juicios, testificación, y la formalización en una Manual de Psicología Jurídica de Emilio Mira i López (1912); pero con el crecimiento y debate entre el mismo estudio y consolidación de la Psicología como objeto de estudio al individuo aislado o de manera grupal, se perdió el avance en esta misma. No es si no, hasta finales de 1980, que, en España se comienza a dar reconocimiento a la Psicología en los ámbitos jurídicos, y por ende, una manera de proceder, es cuando hablamos de un nacimiento.

Para tener una idea más clara “La Psicología Jurídica estudia, investiga y analiza el comportamiento humano en relación con el derecho y la justicia” (García, Lacalle y Pérez-Marqués, 2006)

Cabe preguntar, entonces ¿Es la Psicología Jurídica una ciencia auxiliar del derecho?, Muñoz Sabaté (1980), clasifica la aplicación de la Psicología en el Derecho como una visión triple de la psicología jurídica:

a) Psicología del derecho: componentes psicológicos en el derecho que requieren de la psicología para su funcionamiento y comprensión

b) Psicología en el derecho: La psicología como un campo al que el jurista puede acudir con fines de asesoramiento para la definición normativa (el conocimiento

del ser humano favorecería el logro de la máxima eficiencia jurídica o psicológica en la formulación y aplicación de las normas)

c) Psicología para el derecho: La psicología como ciencia auxiliar del derecho cuando éste necesita información sobre sus fines, sus estrategias o cuando necesita interpretar hechos relativos o casos específicos

Y bajo esa clasificación anterior, es que la Psicología Jurídica tiene varias ramas, como La Psicología Criminológica, Forense, Penal, Judicial, Del Derecho Civil, Victimológica, entre otras.

En esta última, la Psicología Victimológica se dedica al estudio de los efectos provocados por un hecho criminal en la víctima, en el tratamiento posterior susceptible de ser aplicado y procesos dirigidos a su prevención. Bernal (2000) propone que la Psicología Jurídica en general tiene 8 funciones dentro de este campo en relación con el Derecho:

- 1) Aplicar los principios psicosociales a la regulación de la vida social.
- 2) Ayudar al sistema de justicia en la tarea de determinación de la verdad de los hechos, de cara a conseguir tanto la justicia individual como la social en su conjunto.
- 3) Contribuir al funcionamiento adecuado de las organizaciones jurídicas, aplicando los principios de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.
- 4) Diagnosticar y evaluar la existencia de características psicológicas importantes para el sistema jurídico.
- 5) Rehabilitar y reinsertar socialmente.
- 6) Atender a la salud psicosocial de las personas que por la razón que sea (víctimas, agresores, internos, detenidos, etc.) sufren cualquier tipo de desequilibrio psicológico, y por lo tanto requieren de una intervención psicológica para restablecer su equilibrio como personas.
- 7) Atender los sistemas de creencias de la sociedad.

8) Velar por el estado social del “pacto” y socializar en valores democráticos y de respeto a la sociedad.

Es muy interesante el andamio que propone la Psicología Jurídica, sin embargo hay que hacer mención de la Victimología como ciencia. La Victimología es la ciencia que estudia a las víctimas. Indaga en las razones por las cuales alguien puede ser víctima de un delito, un accidente de tránsito, un desastre natural o el abuso de poder. Aborda su personalidad y sus características biológicas, psicológicas, morales, sociales y culturales, como así también las conductas en su estilo de vida que podrían favorecer este rol (victimogénesis).

Para el estudio de la víctima individualmente (microvictimización) o del conjunto de las víctimas (macrovictimización) se vale de otras ciencias y disciplinas tales como la sociología, la psicología, el derecho penal y la criminología.

Es entonces que la relación de la Psicología Jurídica como rama de la Psicología tiene un nexo con la Victimología en el presente trabajo, ya que en México nos encontramos ante una carente seguridad a nivel público, y estos vacíos que propicia el mismo accionar del Estado en cuestión de seguridad dan paso a otros fenómenos como es el que se expondrá.

2.1.2 La Victimología como ciencia

Para poder hablar de *Victimología* es útil mencionar a la *Criminología*, que como ciencia que se ha encargado del estudio y análisis unilateral del delincuente, es decir, se dirige al estudio del sujeto que transgrede la ley, quién es, su accionar peligrosidad, dirigiendo teorías sobre las acusas que llevan a delinquir; los estudios hay sido avanzados, tanto que se han involucrado con otras ramas de estudio como la Psicología, Derecho, Antropología, Medicina, Sociología, etc...

Sin embargo, en todos estos estudios y avances, no se hace mención de la víctima del delito, solamente al punto de considerarle como objeto de marginación, siendo ésta producto de la anterior la Victimología surge tratando de atender estas

necesidades y dar respuesta a las preguntas de estudio de la Criminología, en similitud, dirigiéndose específicamente a la víctima.

Los primeros momentos donde se comienza a hablar de Victimología como ciencia autónoma e independiente de la Criminología se suscitan entre 1946 y 1950, indirectamente, dado que su reclamo surge del reconocer a la víctima del delito frente al delincuente, se plantea que no todas las víctimas son inocentes en la dinámica, modos y circunstancias del hecho delictivo; dentro de esta etapa destacan los trabajos de autores como Mendelsohn, Hans Von Hentig y Ellenberger (Marchiori, 2000).

El primero de todos ellos y considerado como padre de la Victimología es Mendelsohn, quién, en el año de 1946 es el primero en utilizar la palabra *Victimología* y señalando la necesidad de un estudio para la víctima del delito, como se mencionó anteriormente, al autor estudió a la víctima inocente y la culpable, de acuerdo a su tipología:

- La víctima totalmente inocente
- La víctima por ignorancia
- La víctima es tan culpable como el delincuente
- La víctima es más culpable que el autor (víctima agresora, simuladora imaginaria).

Paralelamente, Von Hentig en 1948 publica su libro *The criminal and his victims*, obra que es considerada uno de los pilares más importantes en la relación autor-víctima; describe que esta relación entre criminal y víctima se da en distintos grados, en el primero de ellos la víctima puede pasar de ser conocida hasta una desconocida, en la segunda situación la víctima es latente, es decir; presenta ciertos rasgos y características que la predisponen a ser víctima de un delito, posteriormente el autor realizó estudios sobre estafa donde también diferenció a los tipos de víctima.

Hellenberger, en 1954 publica *Las relaciones Psicológicas entre el criminal y su víctima*, donde describe la personalidad de la víctima en lo que él denomina

características externas u objetivas como la edad, sexo, condición social, ocupación, y las características subjetivas que refieren a los aspectos psicológicos y morales; además, el autor realiza su propia tipología de las víctimas:

- Víctima no participante (la que resiste al delito)
- Víctima latente (con predisposición a ser víctima)
- Víctima provocativa (provocación por imprudencia o negligencia)
- Víctima participante (el rol está en etapa de ejecución del delito)
- Víctima falsa (víctima imaginaria)

Al paso de dos décadas comienzan a surgir las *Encuestas de Victimización* por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, en 1967, que tenían como objetivo el conocimiento de la cifra negra relacionado a víctimas, las víctimas de delitos que no habían presentado denuncia, y finalmente la información relacionada con la atención que recibió el sujeto por parte de las autoridades.

Es en la década de los 70 que se dan la segunda etapa de los estudios de Victimología, donde en VI Congreso Internacional de Criminología en Madrid, donde se propuso realizar el 1° Simposio Internacional de Victimología, celebrado en Jerusalén en el año de 1973, fue aquí donde se dio reconocimiento a las investigaciones y estudios desde una definición de Victimología:

- *La Victimología puede definirse como el estudio científico de las víctimas. Se debe dedicar, empero, especial atención a los problemas de las víctimas del delito.*

Para la tercera etapa de los estudios de la Victimología, las investigaciones correspondieron al conocimiento de la violencia en la estructura familiar, como lo son el maltrato familiar, abuso sexual con menores, mujeres golpeadas e incesto; y las víctimas de la violencia social, como las delincuencia organizada, del aparato estatal y de delitos no convencionales (contaminación ambiental)

Entonces comprendiendo grosso modo la breve historia de la Victimología, la definición que más se asemeja a los objetivos del estudio es la hecha por

Marchiori, (2000) “es la disciplina cuyo objetivo lo constituye el estudio científico de las víctimas del delito”.

2.1.3 Víctima y procesos de victimización

a) Víctima

La Real Academia Española (2015) define a la Víctima de cuatro maneras diferentes:

- Persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio.
- Persona que se expone u ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra.
- Persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita.
- Persona que muere por culpa ajena o por accidente fortuito.

La víctima ha sido definida por numerosos autores e instituciones, entre ellas cabe destacar a:

- Mendelsohn (1963) en su obra *The Origin of the Doctrine of Victimology*, no identifica a la víctima con una persona, sino con un carácter. Así, víctima es la personalidad del individuo o de la colectividad en la medida en que está afectada por las consecuencias sociales de su sufrimiento, determinado por factores de origen físico, psíquico, económico, político o social. Considera a la víctima potencial, lo que importa es su sufrimiento, independientemente de los factores que lo producen.
- Estanciu (1985) en *Les droits de la victime*, concibe a la víctima como un ser que sufre de manera injusta, por tanto, la víctima es la persona sobre quien recae la acción criminal o la sufre en sí misma, sus bienes o sus derechos, siempre que este sufrimiento sea injusto (lo que no quiere decir que sea necesariamente ilegal, también hay conductas legales que pueden producir sufrimiento).
- Hans Von Hentig (1948) decía que para la ley penal la víctima es un blanco fijo al que el autor dirige sus disparos. Ella sufre, puede defenderse, pero su

resistencia es vencida, en casos graves mediante la fuerza y la amenaza. Según la dogmática, el ofendido, como objeto de ataque, es casi siempre arcilla blanda, que se acomoda a la mano del alfarero, pasivamente, sin vida propia y su resistencia es sólo reacción a un mal sufrido o que amenaza. El que la víctima se haya colocado antes es una situación de peligro, que en el hurto del carterista no haya tenido cuidado, que en la estafa no haya estado atenta, o en la apropiación indebida no haya obrado inteligentemente, no afecta a la culpabilidad del autor. Por tanto, la víctima es la persona que ha sido lesionada objetivamente en alguno de sus bienes jurídicamente protegidos y que experimenta subjetivamente el daño con malestar o dolor.

- El Instituto de Victimología define a la víctima como “toda persona afectada por un acontecimiento traumático, sea éste de la naturaleza u origen que sea”. Asimismo, es víctima aquella que sufre las consecuencias de una agresión aguda o crónica, intencionada o no, física o psicológica, por parte de otro ser humano.

b) Procesos de Victimización

Por victimización se entiende el fenómeno por el cual una persona o grupo se convierte en víctima. En este apartado analizaremos las formas de victimización, el abuso de poder como manifestación y otras formas de la misma, como también lo es victimización del victimario.

De acuerdo con Marchiori (2000), las formas de victimización las podemos clasificar en:

- Victimización conocida/desconocida, en tanto que la victimización trascienda a la sociedad, a los medios de comunicación y, a la policía, o se quede en la cifra negra.
- Victimización directa/indirecta. La primera se refiere a la agresión sufrida de inmediato por la víctima, mientras que la segunda, hace referencia a la que sufren las personas que tienen una estrecha relación con el agredido.

- **Victimización primaria/secundaria/terciaria:** La primaria está dirigida a una persona en particular, la secundaria a grupos específicos de población y la terciaria a la comunidad en general.

a) **Victimización primaria:** Proceso por el cuál una persona, sufre de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático. La victimización primaria se centra en las consecuencias iniciales del delito, tanto en las de índole física como psicológica, social y económica (consecuencias objetivas); en la experiencia individual de la víctima (consecuencias subjetivas); y en la respuesta social al padecimiento de la víctima (tanto a nivel preventivo como en el resarcimiento de daños).

B) **Victimización secundaria:** Consecuentemente, la victimización secundaria se considera aún más negativa que la primaria porque es el propio sistema el que victimiza a quién se dirige a él pidiendo justicia y porque afecta al prestigio del propio sistema

C) **Victimización terciaria:** La victimización terciaria procede, principalmente, de la conducta posterior de la misma víctima; a veces, emerge como resultado de las vivencias y de los procesos de adscripción y etiquetamiento, como consecuencia de las victimizaciones primaria y secundaria precedentes. También se denomina a los efectos que sufren los familiares y amigos de las víctimas.

2.1.4 La víctima de delito

En este apartado específicamente hablaremos de la víctima del delito, pero de la que nos concierne para los objetivos del trabajo, como lo son la víctima de robo o asalto, la víctima de robo total o parcial del vehículo y la víctima de extorsión telefónica.

a) La víctima de robo o asalto:

De acuerdo a Marchiori, (2000), a éste tipo de víctima le son sustraídos los objetos de su propiedad, es también uno de los delitos más frecuentes de acuerdo a los

índices de estadísticas de victimización en diversos países. En esta conducta de robo el delincuente actúa a través de la *violencia física* o de los medios, tiene lugar antes del robo para facilitararlo o bien, después de cometido para generar miedo; hay que diferenciar al robo del hurto, puesto que éste último se refiere a la sustracción de la propiedad ajena, pero se realiza con violencia o intimidación. El robo presenta diversas formas de ejecución, lo que significa diversas formas de victimización:

- *Robos atendiendo al objeto:* El delincuente elige el objeto a sustraer o se *especializa* en determinados artículos, como billeteras, joyas, televisores; el autor no elige a la víctima, ya que el delito es motivado por los objetos y se hace uso de la violencia para conseguirlo. Sin embargo, autores como Di Tulio (citado por Marchiori, 2000) “la tendencia predatoria está sensibilizada por la particular actitud y fisionomía de la víctima, lo que está característica da la impresión de que se trata de una persona particularmente idónea para ser robada.”
- *Robos atendiendo al lugar:* Marchiori, (1989), sostiene que el robo está motivado por a) el lugar que resguarda dinero, joyerías, bancos, industrias, b) por un lugar deshabitado, viviendas donde sus dueños están de vacaciones; y c) por un lugar que presenta diariamente, un alto tránsito de personas, como el transporte público. En este caso la víctima es elegida por el lugar, los delincuentes tienen planificado el acto y tienen una organización compuesta por sujetos reincidentes.
- *Instrumentos Utilizados:* Como se había hecho mención, el robo a diferencia del hurto tiene la característica del usos de la violencia verbal y física, para ello en muchos casos pone en peligro la integridad de la víctima, porque se puede realizar con el uso de armas blancas o de fuego, con el fin de atemorizar e intimidar.

b) Víctima de robo total o parcial del vehículo:

La víctima de robo de auto, pertenece a la característica de robo atendiendo al objeto. Los autores del delito están especializados en el robo de autos, y varían

notablemente en sus fines y modos de ejecución (Marchiori, 2000). También en similitud con el robo, se elige al objeto y no a la víctima, el objeto es robado para desarmarlo, pintarlo o venderlo en otro lugar, sustraerlo para efectuar con determinado tiempo otro delito (como un secuestro), para después abandonarlo; puede ser también una motivación el “conducir el auto”, generalmente ésta característica se relaciona con jóvenes o adolescentes.

c) Víctima de Extorsión telefónica

La generalización en el uso de las telecomunicaciones, entre otros factores, ha conducido a la proliferación de casos de fraude y extorsión vía telefónica. El delincuente en este caso hace uso de dos argumentos son básicamente dos: la amenaza de causar algún daño y la promesa de recibir un beneficio. (PGJ, 2015)

En el primero, los delincuentes infunden temor a la víctima, amenazando con causarle algún daño en su integridad física o patrimonio en caso de no acceder a sus exigencias. En el segundo, generan una falsa esperanza en la víctima asegurándole que le harán entrega de un premio que acaba de ganar en un sorteo, regalos que le enviarán, o artículos de oferta en una tienda de prestigio, para lo cual le solicitan el depósito de cierta cantidad de dinero. Las modalidades más frecuentemente utilizadas por los delincuentes son:

- *Familiar Secuestrado.* La potencial víctima recibe una llamada en su teléfono celular o residencial, en la que una persona -puede ser una grabación- pide ayuda a gritos porque la tienen ‘secuestrada’, inmediatamente el delincuente toma el teléfono y hace creer a la víctima que la persona ‘secuestrada’ es su familiar, exigiéndole la entrega de una cantidad de dinero como rescate, y amenazando con hacerle daño en caso de que no se realice el depósito.
- *Amenaza de secuestro u otro daño.* El delincuente, también a través de una llamada telefónica, asegura tener vigilada a toda la familia de la potencial víctima, o bien, tener conocimiento de que desde el número al que está marcando se realizaron reportes o denuncias anónimas, relacionadas con la ‘operación del grupo’ (venta de drogas o armas, secuestros, etc.), y estar decidido a causarle un daño muy grave en cualquier momento, a menos que

acceda a depositar una considerable suma de dinero, a cambio de lo cual le ofrece no volver a molestarle, o incluso brindarle 'protección y seguridad'. En esta modalidad, el delincuente generalmente dice formar parte o ser 'el comandante', de algún conocido grupo de la delincuencia organizada.

- *Familiar detenido.* Esta modalidad, que se podría considerar mixta, es una de las más frecuentes últimamente. Consiste en que el delincuente llama a la potencial víctima presentándose como un familiar -generalmente 'el sobrino consentido'-, que viene de visita desde otro país, y pasará al día siguiente a saludarla y dejarle unos 'regalos'; comúnmente esta llamada causa tal sorpresa a la víctima, que sin darse cuenta puede proporcionar más información, la cual con posterioridad será utilizada en su contra; al día siguiente o unas horas después, el delincuente vuelve a llamar y dice que está detenido, ya sea en la aduana del aeropuerto o en un retén policiaco en la carretera, dado que traía más efectivo del que debería traer; comunica a la víctima con un supuesto comandante, quien le exige dinero a cambio de liberar a su familiar, instruyéndole para que deposite; es posible que, a fin de obtener más dinero, le hagan creer que también le encontraron armas o droga.
- *Ganador de premio.* En esta modalidad, la potencial víctima recibe en su teléfono celular un mensaje de texto diciéndole que en el sorteo efectuado por alguna fundación de beneficencia en conjunto con la compañía de telefonía celular, su número resultó premiado con un automóvil y una considerable suma de dinero, y se le proporcionan un número telefónico al cual el 'afortunado' debe marcar para reclamar su premio; en dicho número contesta una persona que se ostenta como funcionario de la 'oficina de rifas y sorteos' de la Secretaría de Gobernación, dice a la víctima que en efecto se ha ganado un premio, y que a fin de que le sea entregado inmediatamente, es necesario un último trámite, consistente en depositar un porcentaje del valor total del premio. Si la víctima realiza el depósito, es posible que los delincuentes le digan que, precisamente debido a ello, su número volvió a entrar al sorteo y resultó premiado ahora con una casa, solicitando un nuevo depósito de dinero.
- *Artículos en oferta.* El delincuente llama a la potencial víctima ostentándose como ejecutivo de ventas de una importante tienda departamental, asegura

tener un lote de computadoras portátiles u otros artículos costosos, y haber recibido indicaciones del gerente general, en el sentido de ofrecer tales artículos a los clientes distinguidos de la tienda a un precio preferencial; afirma que el número al que está marcando aparece en sus registros como el de uno de sus clientes más distinguidos, motivo por el cual le ofrece el o los artículos a menos de la mitad de su precio, pero le solicita que se decida y haga el depósito del importe a la mayor brevedad posible, puesto que hay muchas personas interesadas en la oferta.

2.1.5 Modelos de atención a víctimas

La asistencia y tratamiento clínico criminológico se refiere a *los medios para ayudar a un individuo, en este caso, a la víctima del delito*. Se entiende como la asistencia Victimológica para la aplicación de todas las medidas referentes al *conocimiento, comprensión y ayuda* a la víctima para atenuar y superar las consecuencias producidas por la conducta delictiva. (Marchiori, 2000)

El tratamiento debe de estar basado en un correcto diagnóstico, conocimiento de los datos relacionados a la víctima, hecho delictivo y el daño provocado en la víctima, y su familia –de ser el caso-, para esto se menciona que la *víctima* es la persona que padece violencia, se hace uso de este concepto para la asistencia, ya que la víctima sufre individual, social y familiarmente. (Viano, 1987)

De acuerdo al 2° Congreso Nacional de Seguridad Urbana, celebrado en 1988 en Córdoba, Argentina, se especifica que la asistencia Victimológica comprende diversos niveles y momentos que operan íntegramente de acuerdo al siguiente esquema:

1) *Nivel asistencial-terapéutico*: Refiere a la asistencia en primera instancia o nivel como respuesta inmediata a la necesidad de la víctima, el trabajo victimológico está definido por la respuesta institucional-social para atender *el sufrimiento* de la víctima. La asistencia parte esencialmente de una actitud de credibilidad del relato, ya que este revaloriza a la víctima, lo que funge como un aporte indispensable

para reestablecer la autoestima y tranquilidad, en este modelo podemos ubicar al Debriefing psicológico.

2) *Nivel de orientación e información:* este nivel complementa el anterior, está dirigido a la víctima y su familia, abarca diversos momentos que van desde la información básica sobre los derechos de la víctima, la importancia de un acompañamiento profesional a las instituciones según sea el caso (hospital, policía, administración de justicia). El valor es no dejar que la víctima se sienta desprotegida y carente de información u orientación, la finalidad del nivel es permitir a la víctima, que, el problema se encauce por los procedimientos legales correspondientes y que signifique el proceso penal, la reparación del daño.

El modelo de asistencia a la víctima de robo, de acuerdo a Marchiori, (2000), especifica que la víctima siente temor, miedo a una nueva victimización, ya que la situación traumática está vinculada a la índole de las circunstancias del delito y al uso de armas; es útil mencionar que éste miedo también es experimentado por la familia, porque el robo afecta el patrimonio familiar.

La asistencia victimológica requiere pautas para el tranquilizar y apoyar a la víctima, a su familia, orientándola a tomar otras medidas preventivas como la colaboración vecinal, contacto con la policía –establecida una vez la denuncia- y otros programas comunitarios que pueden estar en relación con la necesidad de colocar teléfonos, sistema de iluminación, etc.. El sentimiento de inseguridad de toda la familia proviene del temor al delincuente, en el caso que la víctima haya sufrido lesiones o heridas, existe la probabilidad de que desarrolle un estado de angustia o depresión.

2.2 El Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

En este segundo apartado general, se expondrá en que consiste el Trastorno por estrés postraumático, su clasificación, historia y antecedentes, además de criterios diagnósticos y diferenciales, para finalizar con los modelos de tratamientos existentes y más usados.

2.2.1 Historia y clasificación

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se definen por su etiología más que por su sintomatología. Su inicio depende de una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático. Desde su descripción en 1889 por Oppenheim como “neurosis traumática”, siempre ha estado relacionado con enfrentamientos bélicos. Con el paso de los años se han relacionado determinadas alteraciones psíquicas con la aparición de diferentes situaciones traumáticas que ocurren en la vida civil, como: catástrofes naturales, agresiones sexuales y con relativa frecuencia con los accidentes de tránsito de tipo grave o con riesgo para la vida.

La primera aparición del TEPT fue en el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM por sus siglas en inglés) en su tercera versión, el suceso traumático debía encontrarse exclusivamente en el marco de la experiencia humana, se limitaba únicamente a excombatientes, personas torturadas, supervivientes de terrorismo, y en algunos caso a las mujeres víctimas de agresión sexual; es decir, en esa primera conceptualización del TEPT se dirigía exclusivamente al suceso traumático, y no a la reacción del individuo, como se fue dando en versiones posteriores del DSM.

El trastorno afecta a alrededor de 5.2 millones de adultos norteamericanos y es más común entre las mujeres que en los hombres. Suele aparecer en cualquier edad, incluso en la niñez y existe la evidencia de que la susceptibilidad a un estrés post-traumático suele ser genético. El trastorno a menudo se acompaña por

depresión, abuso de sustancias, uno o más trastornos de ansiedad. En los casos más graves, la persona puede desarrollar problemas en el trabajo o en las relaciones sociales (Bados, 2005).

Los veteranos de guerra fueron los primeros en llamar la atención, aunque puede ser el resultado de muchos otros incidentes como son: atracos, violación o tortura; secuestro o cautividad; abusos en la niñez, accidentes graves como choques de tren o coche; desastres naturales como riadas o terremotos. El acontecimiento que dispara el trastorno puede ser algo ocurrido en la vida de la persona o algo ocurrido a una persona cercana a él o ella. Quizá el simple hecho de ser testigo, como la muerte y destrucción masiva después de haber presenciado el derrumbe de un edificio o de un accidente aéreo.

Para el uso de la terminología del trastorno por estrés postraumático (TEPT), de acuerdo con DSM-IV-TR según Bados, (2005), *es un trastorno de ansiedad que una persona puede desarrollar después de experimentar o ser testigo de un suceso traumático extremo durante el cual siente un miedo intenso, desesperanza u horror*. Las características dominantes del TEPT son entumecimiento emocional, hipervigilancia (Irritabilidad o alerta constante de peligro) y la reexperimentación del trauma (flashbacks y emociones intrusivas).

Azcárate (2007), propone una clasificación para los eventos traumáticos en:

- *Abuso*: mental, físico, sexual, verbal o modal.
- *Catástrofe*: accidentes, desastres naturales, terrorismo.
- *Ataque violento*: asalto, maltrato y violencia doméstica, violación.
- *Guerra, batalla y combate*: muerte, explosión, disparos.

De acuerdo con el DSM-IV TR (APA, 2000), existen tres tipos de TEPT:

- *Agudo*: Los síntomas duran menos de tres meses.
- *Crónico*: Los síntomas duran 3 como mínimo y se extienden a más.
- *De inicio demorado*: los síntomas aparecen al menos seis meses después del suceso traumático.

Sin embargo, en el DSM-V (2014), son dos tipos de TEPT:

- *Con síntomas disociativos*: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:
 - a. *Despersonalización*: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
 - b. *Desrealización*: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).
- *Con expresión retardada*: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2.2.2 Incidencia y prevalencia

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000) la incidencia y prevalencia del TEPT en la población norteamericana oscila entre el 1 a 7,8%. Se ha encontrado que las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de experimentar TEPT.

En grupos de alto riesgo (veteranos de guerra, víctimas de crímenes violentos), la prevalencia se sitúa en torno al 5 – 58%. Los hombres con TEPT suelen identificar como causa el combate o ser testigo de la muerte o daño a alguna persona, mientras que las mujeres se identifican como víctimas de ataque físico o amenaza como la causa del trastorno.

La prevalencia indica que cualquiera con TEPT tiene mayor riesgo a desarrollar trastornos comórbidos, tales como trastorno de pánico, fobias, depresión mayor y trastorno obsesivo compulsivo.

En el DSM-V (2014), En Estados Unidos, el riesgo vital para el TEPT, utilizando los criterios DSM-IV, a la edad de 75 años es 8,7%, la prevalencia anual entre los adultos de Estados Unidos es de aproximadamente el 3,5 %.

Se observan estimaciones más bajas en Europa y la mayor parte de Asia, África y en los países de América Latina, agrupándose en torno al 0,5 -1,0 %. Aunque los distintos grupos muestran diferentes niveles de exposición a los eventos traumáticos, la probabilidad condicional para un trastorno de estrés postraumático podría variar también entre los diferentes grupos culturales cuando desarrollan un nivel similar de exposición.

Los índices de trastorno de TEPT son más altos entre los veteranos y otras personas cuya profesión tiene un riesgo de exposición traumática elevado (p. ej., la policía, los bomberos, el personal médico de emergencia). Las tasas más altas (que van desde un tercio a más de la mitad de las personas expuestas) se encuentran entre los supervivientes de violación, combate militar, cautiverio e internamiento y genocidio por causas políticas o étnicas.

La prevalencia del TEPT puede variar a lo largo del desarrollo. Los niños y los adolescentes, incluidos los niños en edad preescolar, generalmente muestran una prevalencia menor después de una exposición a eventos traumáticos graves; sin embargo, esto puede deberse a que los criterios anteriores no están suficientemente informados según el desarrollo.

La prevalencia del TEPT clínica completa también parece será menor entre las personas mayores en comparación con la población general. Hay evidencia de que las presentaciones subliminares del TEPT son más frecuentes en la edad adulta que las expresiones completas y que estos síntomas se asocian a un deterioro clínico sustancial.

En comparación con los blancos no latinos de Estados Unidos, se han comunicado mayores tasas de trastorno de estrés postraumático entre los latinos de Estados Unidos, los afroamericanos y los indios americanos, y de tasas más bajas entre los estadounidenses de origen asiático, después de ajustar por la exposición traumática y las variables demográficas.

2.2.3 Factores de riesgo del TEPT

Los factores de riesgo, de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), incluyen el trauma previo, condición de salud mental predisponente, tipo y severidad del evento traumático y falta de adecuado y competente soporte o apoyo familiar, laboral o social hacia la víctima después del trauma. Sin embargo el TEPT puede desarrollarse en gente que no posee ningunos de los siguientes factores de riesgo:

- *Factores de riesgo pretrauma:*
 - personalidad borderline y trastornos de personalidad.
 - baja autoestima.
 - trauma previo
- *Factores de riesgo relacionados con el trauma:*

La severidad, duración, proximidad (víctima directa o testigo) y tipo de evento traumático son los factores de riesgo más significativos para desarrollar TEPT.
- *Factores de riesgo postraumáticos:*

Los síntomas y la duración del TEPT pueden ser más severos si hay una falta de apoyo familiar y/o social.

Y, los factores de riesgo según el DSM-V (APA, 2014) se dividen generalmente en factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

- *Factores pretraumáticos :*

Temperamentales. Son los problemas emocionales de la infancia en torno a la edad de 6 años (p. ej., antes de la exposición traumática, problemas de ansiedad o de externalización) y los trastornos mentales previos (p. ej., el trastorno de pánico, el trastorno depresivo, el trastorno de estrés postraumático o el trastorno obsesivo-compulsivo –TOC-).

Ambientales. Son un bajo nivel socioeconómico, una educación escasa, la exposición a un trauma previo (especialmente durante la niñez), la adversidad en la niñez (p. ej., necesidades económicas, disfunción familiar, la separación de los padres o la muerte), las características culturales (p. ej., estrategias de afrontamiento fatalistas o de autculpa), una deficiencia de inteligencia, una condición racial/étnica minoritaria y una historia psiquiátrica familiar. El apoyo social antes de la exposición al suceso es protector.

Genéticos y fisiológicos. Son el sexo femenino y una edad más joven en el momento de la exposición al trauma (para los adultos). Ciertos genotipos pueden ser protectores o de riesgo para el trastorno de estrés postraumático después de la exposición a sucesos traumáticos.

- *Factores peritraumáticos:*

Ambientales: Son la gravedad (dosis) del trauma (cuanto mayor es la magnitud de trauma, mayor en la probabilidad de TEPT), el peligro vital percibido, las lesiones personales, la violencia interpersonal (especialmente el trauma perpetrado por un cuidador o al presenciar cómo se amenaza a un cuidado de los niños) y, para el personal militar, ser autor o testigo de atrocidades, o matar al enemigo. Finalmente, es un factor de riesgo la disociación que se produce durante el trauma que persiste después.

- *Factores postraumáticos:*

Temperamentales: Son las evaluaciones negativas, las estrategias de afrontamiento inadecuadas, el desarrollo de un trastorno de estrés agudo.

Ambientales. Son la posterior exposición a recuerdos molestos repetitivos, a acontecimientos adversos o posteriores y a pérdidas relacionadas con traumas financieros o de otra índole. El apoyo social (incluyendo la estabilidad familiar para los niños) es un factor protector que modera el resultado después de un trauma.

2.2.4 Criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-IV y DSM-V

Los criterios diagnósticos del TEPT de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000) son:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Sin embargo, estas sufren modificaciones en el DSM-V (APA, 2014), aunque es de mencionar que esta versión aún no está revisada como al anterior, aun así detallaremos los criterios para tener una visión más amplia del TEPT.

Los criterios diagnósticos del TEPT de acuerdo al DSM-V (APA, 2014) son:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos,

pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- a. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
- b. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2.2.5 Diagnóstico diferencial del TEPT

El diagnóstico diferencial refiere a aquellas pautas que marcan una diferenciación (valga la redundancia) de una patología con respecto a otras, esto debido a que llegan a encontrarse casos en los que puede confundirse la patología con otras que tengan criterios en similitud o manifestaciones, sin embargo éste apartado en especial es de los más útiles cuando se quiere abordar específicamente una patología.

A continuación se abordará el diagnóstico diferencial del TEPT según lo establecido por el DSM-V (APA, 2014), el TEPT debe diferenciarse de los siguientes trastornos:

- *Trastornos de adaptación:* En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad, y no sólo de la requerida para el trastorno de estrés postraumático (Criterio A). El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un factor estresante, que cumpla con el Criterio A del TEPT, no cumple todos los demás criterios de TEPT (o criterios para otro trastorno mental). También se diagnostica trastorno de adaptación cuando el patrón de síntomas del TEPT se produce como respuesta a un factor de estrés que no cumple con el Criterio A del TEPT (p. ej., el abandono por parte del cónyuge, ser despedido).
- *Otros trastornos y afecciones postraumáticas.* No toda la psicopatología que se produce en los individuos expuestos a un factor de estrés extremo necesariamente debe atribuirse al TEPT. El diagnóstico requiere que la exposición al trauma preceda a la aparición o a la exacerbación de los síntomas pertinentes. Por otra parte, si el patrón sintomatológico de respuesta al factor estresante extremo cumple con los criterios para otro trastorno mental, se deberían aplicar estos diagnósticos en lugar o además del diagnóstico de TEPT. Se pueden excluir otros diagnósticos y afecciones cuando los síntomas se explican mejor por un trastorno de estrés postraumático (p. ej., los síntomas de trastorno de pánico que suceden sólo después de la exposición a los recuerdos traumáticos). Si los patrones de respuesta a los estresantes

extremos fueran muy graves, se podría justificar un diagnóstico separado (p. ej., amnesia disociativa).

- *Trastorno de estrés agudo.* El trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno del TEPT debido a que el patrón de los síntomas en el trastorno de estrés agudo se limita a una duración de entre 3 días y 1 mes después de la exposición al evento traumático.
- *Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo.* En el TOC hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero éstos cumplen la definición de obsesión. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, suelen existir compulsiones, y suelen estar ausentes los otros síntomas del TEPT o trastorno de estrés agudo. Ni la excitación y los síntomas disociativos del trastorno de pánico, ni la evitación, la irritabilidad y la ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada se asocian con un evento traumático específico. Los síntomas del trastorno de ansiedad de separación están claramente relacionados con la separación del hogar o de la familia, en lugar de con un evento traumático.
- *Trastorno depresivo mayor.* La depresión mayor puede o no estar precedida de un evento traumático y se debería diagnosticar si no existen otros síntomas de TEPT. En concreto, los principales trastornos depresivos no tienen ningún síntoma de los criterios B o C del TEPT. Tampoco tienen una serie de síntomas de los Criterios D o E del trastorno de estrés postraumático.
- *Trastornos de la personalidad.* Las dificultades interpersonales que tuvieron su inicio o que se exacerbaban considerablemente después de la exposición a un evento traumático indicarían un TEPT, en lugar de un trastorno de la personalidad, en el que se considera que tales dificultades son independientes de la exposición traumática.
- *Trastornos disociativos.* La amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización-desrealización pueden o no estar precedidos por la exposición a un evento traumático o pueden o no producir conjuntamente los síntomas de TEPT. Cuando se manifiestan los

criterios del TEPT completo, se debería considerar el trastorno de estrés postraumático subtipo "con síntomas disociativos".

- *Trastorno de conversión* (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Una aparición de síntomas somáticos en el contexto de una angustia postraumática podría ser un indicio de TEPT en lugar de un trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).
- *Trastornos psicóticos*. Las memorias retrospectivas (flashbacks) en el TEPT se deben distinguir de las ilusiones, alucinaciones y de otros trastornos de la percepción que pueden aparecer en la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve y en otros trastornos psicóticos, en los trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas, en el delirium, en los trastornos inducidos por sustancias medicamentosa, y en los trastornos psicóticos debidos a otra afección médica.
- *Lesión cerebral traumática*. Cuando se produce una lesión cerebral en el contexto de un evento traumático (p. ej., un accidente traumático, la explosión de una bomba, un trauma de aceleración/deceleración pueden aparecer los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Un traumatismo craneal también puede constituir un acontecimiento traumático psicológico, y los síntomas neurocognitivos relacionados con la lesión cerebral traumática no son mutuamente excluyentes y pueden aparecer al mismo tiempo. Los anteriormente denominados síntomas posteriores a una conmoción (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración) pueden aparecer en los individuos con daños cerebrales, pero también pueden hacerlo en aquellos que no presentan lesiones cerebrales, incluidas personas con TEPT. Debido a que los síntomas del trastorno de estrés postraumático y los síntomas neurocognitivos relacionados con las lesiones cerebrales, traumáticas pueden superponerse, es posible que se tenga que realizar un diagnóstico diferencial, entre el TEPT y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la lesión cerebral traumática, basándose en la presencia de los síntomas, que son característicos de cada presentación. Así, la reexperimentación y la evitación son característicos del TEPT y no de la lesión cerebral traumática, y la desorientación persistente y la confusión sin más

específicos de la lesión cerebral traumática que del trastorno de estrés postraumático.

2.2.6 Tratamiento del TEPT

Usualmente, el método más utilizado para el TEPT es la psicoterapia junto a la medicación (Azcárate, 2007), el modelo más usual infiere que a medida que se va avanzando en los aspectos biológicos de la patología, se va introduciendo una nueva perspectiva terapéutica, ya de modo de tratamiento y prevención de secuelas; estos avances permiten conocer con mayor precisión la efectividad del tratamiento, los modelos de tratamiento son:

Psicoterapia: constará de tres modalidades: *Debriefing*, *psicoterapia individual o grupal* y *la técnica del EMDR*:

- *Debriefing:* Es el asesoramiento y atención inmediata en la crisis posterior a la exposición al evento traumático. Se ha comprobado una evolución mejor en las víctimas que reciben ésta atención en relación con las que no (Rose y Wessely, 2006), se recomienda que ésta intervención breve no sea una sola vez, y que debe darse constantemente a las víctimas de un trauma.
- *Psicoterapia individual o grupal:* Se orienta a direccionar y controlar la memoria traumática hasta conseguir que no cause síntomas desestabilizadores; el proceso conlleva trabajar de manera gradual el suceso traumático y en la reacción del individuo al mismo tiempo, validando sus experiencias; teniendo como objetivo reparar el daño que causó a su identidad y lidiando con la pérdida (familia, trabajo, ilusión).
- *Técnica del EMDR;* El modelo *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) por sus siglas en inglés, es una técnica de desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular; se basa en la teoría de que nuestras reacciones a los sucesos de la vida diaria se procesan durante cada una de las fases REM del sueño y fue propuesta por Shapiro en 1987.

Inicialmente se usó con víctimas de TEPT, y tuvo ampliaciones con patologías similares, como la fobia, dolor crónico, trastornos de ansiedad y disociativos. Éste método requiere de aprendizaje previo del psicoterapeuta en la profundidad del agente estresor y las circunstancias en que se encadenaron tras la respuesta a la violencia ejercida.

El tratamiento consiste en ocuparse de los movimientos oculares dirigidos hacia un lado, y por el otro, el terapeuta alternará la lateralidad mediante toques de manos o tonos sonoros; el método ayuda a reprocesar las experiencias que han sido anómalamente almacenadas. Su clave radica en la estimulación alternativa de los dos hemisferios cerebrales, reprocesando y recolocando la memoria emocional, que son los recuerdos de los sentimientos experimentados durante el suceso traumático, ésta se almacena en el hipocampo.

Otros modelos de tratamiento del TEPT se dirigen a la farmacología, y terapias de nueva generación como las que se dirigen a la estimulación magnética transcraneana.

2.3 Funcionamiento cerebral: Secuelas del delito

En este apartado los temas se dirigirán a exponer los estudios recopilados por Azcárate (2007), y tienen como finalidad argumentar los cambios biológicos que se suscitan desde el funcionamiento cerebral ante la aparición del TEPT; ya que esto reforzará los criterios diagnósticos y el instrumento a utilizar posteriormente.

2.3.1 Conceptos generales del funcionamiento cerebral

De acuerdo con Peres, (1995), el cerebro es la parte más importante; está formado por la sustancia gris (por fuera, formada por cuerpos neuronales y dendritas) y la sustancia blanca (por dentro, formada por axones y su mielina), tiene un peso aproximado de unos 1.200gr. Dentro de sus principales funciones están las de controlar y regular el funcionamiento de los demás centros nerviosos; también en él se reciben las sensaciones y se elaboran las respuestas conscientes a dichas situaciones. Es el órgano de las facultades intelectuales: atención, memoria, inteligencia, percepción, juicio, abstracción, lenguaje, habla, entre otras.

Distinguimos en él:

1. LA CORTEZA CEREBRAL:

Su superficie no es lisa, sino que tiene unas arrugas o pliegues llamadas circunvoluciones; las más superficiales son unos surcos denominados cisuras. De ellas, las más notables son llamadas las cisuras de Silvio (lateral), de Rolando (central) y la inter-hemisférica.

Esta última divide la corteza incompletamente en dos partes llamados hemisferios cerebrales, divididos en izquierdo y derecho:

a) *Hemisferio derecho*: se conecta más rápido que el izquierdo y está ligado a la expresión no verbal y emocional (tono de voz, expresión facial, comunicación visual), éste hemisferio está integrado por la amígdala, la cual asigna el significado

emocional a los estímulos exteriores, es extremadamente sensible a los matices emocionales.

b) Hemisferio izquierdo: Se encarga de mediar la comunicación verbal y organiza la resolución de problemas en una correcta concentración de operaciones y procesamientos de la información.

En los hemisferios se distinguen zonas denominadas lóbulos, que llevan el nombre del hueso en que se encuentran en contacto (frontal, parietal...).

- *Lóbulo Frontal:* Capacidad de moverse (corteza motora), razonamiento, resolución de problemas, lenguaje y emociones, se compone de 3 segmentos:
 - a) Corteza Motora:* Se encarga de controlar los músculos específicos del cuerpo, específicamente los que se relacionan con movimientos finos (manos, boca y pies)
 - b) Corteza Pre-motora:* Está a cargo de los movimientos coordinados en secuencia de un músculo individual, como lo son las actividades atléticas.
 - c) Área de Broca:* Está a cargo de los movimientos coordinados de la laringe y boca para producir el habla.
- *Lóbulo Parietal:* En ésta área se encuentran las sensaciones somatestésicas como el tacto, presión, la temperatura y el dolor; para llevar a cabo ésta función se divide en dos áreas:
 - a) Área sensitiva primaria:* centros de relevo inferiores del cerebro y transmiten información a otras regiones del cerebro de la corteza cerebral, recibe las señales desde los receptores sensitivos del cuerpo.
 - b) Área secundaria:* Interpreta las señales sensitivas (mas no las distingue)
- *Lóbulo Occipital:* Él área primaria detecta los puntos específicos de la luz y oscuridad, mientras que el área secundaria interpreta la información visual.
- *Lóbulo Temporal:* Es el encargado de la audición, para ello el área primaria se detectan tonos específicos; en el área secundaria se interpreta el significado de las palabras habladas.
- *Área de Wernicke:* Comprensión de las palabras habladas para la integración sensitiva (intervienen el lóbulo parietal, occipital y temporal).

- *Área Pre frontal*: Se encarga de la elaboración del pensamiento
2. **DI ENCÉFALO**: Se encuentra en la base del cráneo y presenta varias partes:
- *Tálamo*: Centro de la sensibilidad general y el estado de ánimo, envía a la corteza cerebral las sensaciones para concientizarlas.
 - *Hipotálamo e Hipófisis*: Regulan las funciones del organismo a través de la producción de hormonas (sudoración, dilatación de pupilas, lagrimeo, ritmo cardiaco) además de la regulación de temperatura corporal, apetito, sueño, vigilia o impulso sexual.
3. **EL TRONCO ENCEFÁLICO**: Se encuentra debajo del cerebro y presenta las siguientes partes:
- *Cerebelo*: Coordina los movimientos de los músculos al caminar, es el centro del equilibrio.
 - *Tronco encefálico*: Está compuesto con el mesencéfalo, que regula la visión, audición, alerta y coordinación; y la protuberancia, que es la vía de paso entre el encéfalo y la médula.
 - *Bulbo raquídeo*: conecta el encéfalo y la médula espinal, controla el funcionamiento de la razón, respiración, tos, deglución, vómitos y estornudos.
 - *La médula espinal*: su función es conducir las sensaciones hacia el cerebro.

2.3.2 Aspectos neurobiológicos del TEPT

En este apartado se explicarán los hallazgos encontrados en diversos estudios sobre los cambios a nivel cerebral posteriores a un evento traumático, específicamente en sujetos con diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático, tales como la *lateralización hemisférica*, *carga alostática*, y los resultados hallados con técnicas específicas como la *neuroimagen* y *estudios cerebrales con tept*.

a) *Lateralización hemisférica*: Este concepto se debe a hallazgos encontrados en sujetos expuestos a un trauma, y que existen implicaciones hemisféricas en el

procesamiento de la naturaleza del TEPT; por lo que, cada hemisferio se *especializa* en funciones diferentes. Azcárate (2007).

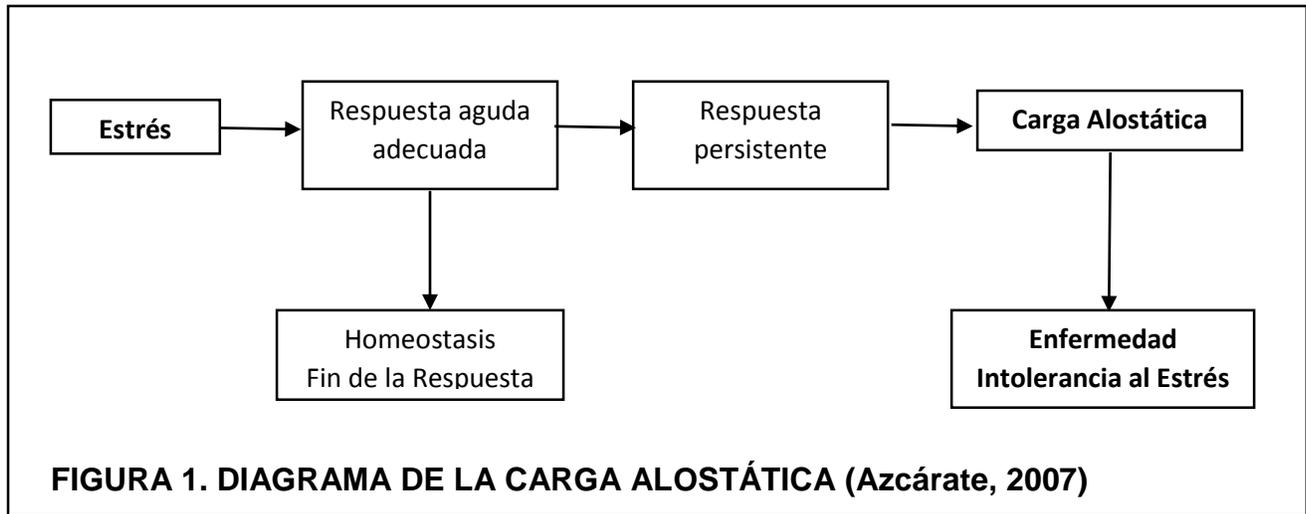
Dentro del hemisferio derecho se muestra una rudimentaria capacidad por pensar o comunicar analíticamente, emplear sintaxis o razonar, tiene una conexión más rápida que el izquierdo. Por el otro lado, en el hemisferio izquierdo parece ser menos activos en el TEPT, hay problemas particulares como el etiquetado y categorización; puede ser el responsable de la despersonalización y desrealización que aparece frente a la patología. (Van der Kolk, 2000).

Las técnicas de neuroimagen han encontrado que durante la exposición a algún evento traumático hay una disminución en la actividad del área de Broca en el lóbulo frontal y una mayor actividad en el hemisferio derecho; esto explica *la dificultad conocida de las víctimas traumatizadas en verbalizar su experiencia*. Azcárate (2007). Además de que la parte del cerebro encargada de generar secuencias y análisis cognitivos no funciona.

b) Carga Alostática: Refiere a la carga que soporta un cuerpo y cerebro adaptándose a retos fisiológicos y psicológicos, es decir, un fenómeno protector en la respuesta aguda al estrés si no es concluido como adaptativo en los medidores de estrés (neurotransmisores y hormonas), lo que generaría en un escenario un estrés *crónico*. (Op cit, 2007).

Seeman, et al (1997), en su investigación *Price of aptation-allostatic load and its health consequences*, realizaron un estudio de carácter experimental, donde realizaron una propuesta de marcadores para la carga alostática, se basa en 10 indicadores que reflejan la actividad fisiológica en los sistemas de regulación, tiene la intención de ser un predictor de enfermedades. Muchos autores aterrizaron en que podrían medirse factores neurobiológicos como marcadores predictivos tras la exposición a eventos traumáticos, que permitan clasificar a las víctimas como vulnerables a estrés crónico, intermitente o extremo.

El orden de la resistencia o no a la carga alostática, se ilustra con detalle en la siguiente figura:



Los avances en la neurociencia han descubierto que el TEPT está asociado a cambios significativos en el cerebro, el cerebro responde al estrés con liberación hormonal de *cortisol*, este es útil contra ráfagas u oleadas, pero en caso que el estrés es extremadamente intensa, el hipocampo que regula la respuesta al mismo, se puede ver dañado; de acuerdo con estudios en personas que sufren TEPT.

Existe evidencia de que el estrés prolongado produce una pérdida de la plasticidad y un incremento de la vulnerabilidad al daño celular, tanto el hipocampo y la amígdala son de las regiones más expuestas: por lo tanto, emoción, aprendizaje y memoria son funciones que se pueden ver alteradas por la lesión del hipocampo; éste dependerá de la intensidad del estímulo y su repetición del TEPT: severidad o dosis del trauma, naturaleza del mismo, este es más proclive a desarrollarse cuando se trata de un humano y no de un desastre natural, así como también la percepción de la intencionalidad de la víctima en la agresión.

De una manera más práctica, el hipocampo también interviene en el almacenaje inicial y temporal de la memoria, también se altera el córtex prefrontal, que

interviene en la regulación de las emociones, inhibiendo la respuesta exagerada de las mismas, mediada por la función de la amígdala.

En la Universidad de Mendoza, se realizaron diversos estudios con pacientes de TEPT que habían estado en la guerra de Malvinas, los resultados comprobaron alteraciones en determinadas zonas, mismas que se presentarán en la siguiente tabla:

TABLA 1. ALTERACIONES EN SUJETOS CON TEPT (Op cit, 2007)		
ZONA	FUNCIONES	LESIONES
Parahipocampo	Valora el riesgo	Pánico
Amígdala se hipertrofia	Extinción del miedo, memoria de emociones, conexión dopaminérgica del córtex prefrontal para inhibir su función	Reacción intensa de miedo
Hipocampo	Memoria emocional	Amnesia, hiperalerta, hipervigilancia, falta de extinción del miedo
Corteza prefrontal	Inhibición de la amígdala, interpretación visual de la idea, ajuste de la idea-emoción (pensamiento lógico)	Descontrol emocional, toma de decisiones inadecuadas

La consecuencia de la liberación del cortisol ante una respuesta intensa de estrés, la memoria traumática o la rememoración del suceso traumático puede disparar intensas emociones que no pueden cohibirse, como también dificultades con otras memorias por el almacenaje reciente; por otro lado, en el córtex las consecuencias se dirigen hacia la dificultad en la atención y cognición, lo que genera a su vez, en relación con el hipocampo, alteraciones en la memoria y aprendizaje. A lo largo de diversos estudios en neuroimagen sugieren que no solo los cambios provocan desregulación neuroquímica, sino que también conllevan a alteraciones en la

estructura y función cerebral, por lo que le reto para un clínico frente a las víctimas del TEPT es prevenir, detener y corregir esos cambios. (Opp cit, 2007).

En resumen, los hallazgos en las técnicas de neuroimagen en la investigación del TEPT (Hull, 2002), son:

- Se desplaza la consideración del TEPT como trastorno psicológico a ser visto como un trastorno del cerebro.
- Las víctimas con TEPT segregan altos niveles de endorfinas una vez que el peligro ha pasado, lo que genera un embotamiento de las emociones (*numbing*), lo que temporalmente enmascara el dolor.
- Estudios demuestran que la temprana escucha de la víctima (*Debriefing*), después del suceso traumático puede reducir los síntomas del TEPT.
- La actividad disminuida en el área de Broca explica la dificultad de los pacientes para verbalizar experiencias traumáticas.

2.3.3 Psicoendocrinología

A esta ciencia le interesa cómo las hormonas inciden en la conducta, o cómo la conducta puede variar el nivel hormonal. Específicamente en el TEPT se han encontrado evidencias que confirman que el estrés prolongado afecta adversamente a los parámetros físicos como biológicos, así como los del comportamiento, las teorías que más se mencionan en esta ciencia son el hipocortisolismo y labilidad del cortisol:

a) Teoría del Hipocortisolismo:

Parte de los niveles de *glucocorticoides*, que en bajo nivel o sobreproducción inciden en el organismo, son cambios encontrados en las patologías derivadas del estrés, como el TEPT o la depresión; se activa el sistema inmune, inflamación, tono simpático, todo esto provocado por la insuficiente regulación de respuesta al estrés mediada por los glucocorticoides.

El *Hipocortisolismo* se ha encontrado en disminución de cortisol en la sangre en sujetos con TEPT, como también bajos niveles de cortisol posterior a un trauma agudo; es importante mencionar que en aquellos sujetos que han sido ingresados en unidades intensivas, presentan menos incidencias de TEPT. La alteración en los niveles de glucocorticoides afecta a los sistemas inmune, simpático y el hipotalámico.

Las patologías derivadas del hipocortisolismo son cambios estructurales cerebrales, como la pérdida de volumen el hipocampo, elementos neuronales; la resistencia a la insulina, lo que genera hiperglucemia, hipertensión y obesidad abdominal; osteoporosis por la pérdida de densidad mineral ósea; también están las alteraciones en el comportamiento, las más frecuentes en este caso son anhedonia, fatiga, alteraciones del sueño y disfunción cognitiva.

b) *Teoría de la labilidad del Cortisol:*

Parte del hecho que los pacientes con TEPT sufren especialmente de reacciones exageradas al estrés o sus señales, por lo que se piensa que *podría* existir una labilidad en el cortisol, produciendo altos niveles como respuesta al estrés o en su anticipación; esto a partir del estudio de Elzinga y Schmahl (2003), que se realizó con veteranos de Vietnam hospitalizados durante 90 días.

La idea central de esta teoría, es que la labilidad del cortisol reflejaría la intolerancia al estrés en los sujetos con TEPT, que pueden tener una línea basal baja de cortisol debida a la supresión crónica de la respuesta y conductas de evitación; por lo que el sujeto no ejercería ni tendría control ante la introducción de estresores, y terminará por resultar en una exagerada respuesta en los niveles de cortisol. La exposición ante un estresor, o bien, los recuerdos del suceso se asocian con la liberación del cortisol, por lo que se piensa que los altos niveles de la misma son más elevados en la fase aguda del TEPT.

El TEPT genera una hiperactivación simpática, lo que marca un predominio del sistema nervioso simpático, y por consecuente, un bloqueo en el sistema parasimpático; en el sistema nervioso autónomo, que se encarga de las funciones como la temperatura, motilidad estomacal, intestinal y la sudoración, se ve

afectada ante un estresor y libera el ya tan mencionado cortisol, para contrarrestar se libera la noradrenalina y generará dilatación de pupilas, aumento de la tensión arterial y vasos sanguíneos, aumento del tono muscular y coagulación sanguínea, aumento de la frecuencia respiratoria y actividad mental.

A partir de la comprensión de estas dos teorías, la Psiconeuroinmunología se entiende como una red de conexiones entre el sistema psíquico, el nervioso, endócrino e inmunológico, como se ilustrará en la siguiente figura:

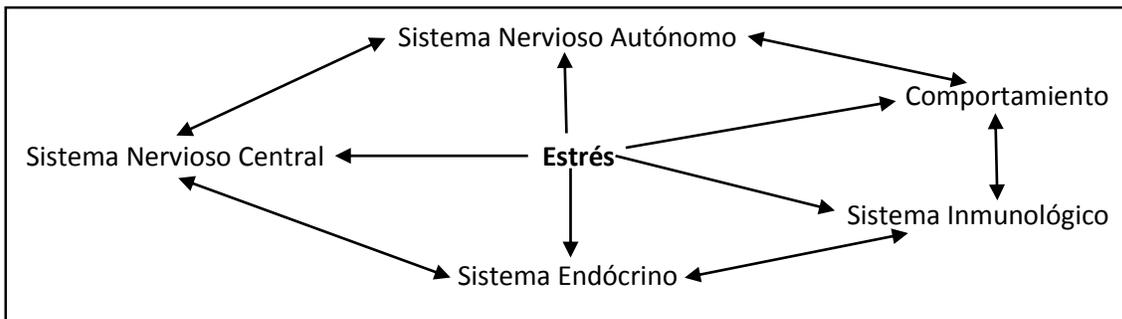


FIGURA 2. Proceso Psicoendocrinológico (Azcárate, 2007)

2.3.4 La Memoria y Resiliencia

En este apartado se tocará el tema respecto a la memoria y las implicaciones en que más afectada se ve, como ya se mencionó antes, son tres áreas cerebrales implicadas en el funcionamiento de la misma: el hipocampo, la amígdala y el córtex prefrontal. Antes de profundizar en estos cambios posteriores al TEPT, se detallará la organización y división que tiene la memoria, de acuerdo a sus principales funciones.

a) *Memoria declarativa*: Reside en el hipocampo, trabaja de manera voluntaria, en ella el contenido puede ser traducido por el individuo de manera verbal o a través de imágenes mentales. Se subdivide en *memoria sistemática* y *episódica* la primera es la encargada de recuperar los hechos del conocimiento general, mientras que la segunda se encarga de codificar, retener y recuperar los

acontecimientos personales, junto a ella está la *memoria autobiográfica*, que tiene como función el acompañamiento íntimo de lo que sentíamos en aquél momento.

b) Memoria no declarativa o procedimental: No se encuentra en el hipocampo, a diferencia de la declarativa, es involuntaria e implícita; dentro de ella se encuentran las habilidades y hábito, el aprendizaje perceptivo, el condicionamiento clásico simple y aprendizajes preasociativos. Esta memoria refiere al conocimiento afectivo y del comportamiento de un evento sin memoria consciente, habilidades de aprendizaje y condicionamiento.

Ahora al hablar de las secuelas del TEPT en el proceso de la memoria, se encuentra que la memoria procedimental puede facilitar automáticamente el acceso a la información a través del recuerdo del evento traumático; es importante mencionar que en ella subyace el condicionamiento del miedo y la reexperimentación del fenómeno, de una manera más explícita en la siguiente figura:

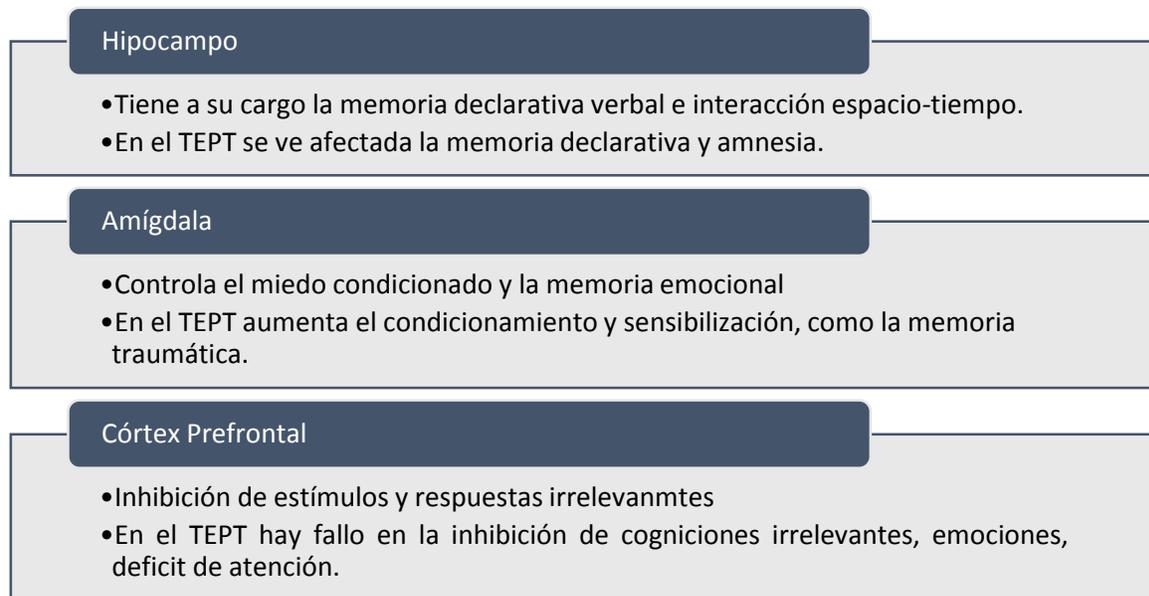


Figura 3. Estructuras cerebrales responsables de la disfunción de memoria en el TEPT. (Azcárate, 2007).

La resiliencia refiere a todas aquellas personas que enfrentadas a un suceso traumático, no experimentan disfunciones ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y vida cotidiana (Op cit, 2007).

Son el conjunto de factores predictores de resultados positivos, posterior a la experiencia traumática y vulnerabilidad de resultados negativos. Según Peres, et al, (2005), la resiliencia de los sujetos tras un trauma podía ser medida por la experiencia de emociones positivas tales como la solidaridad, gratitud, intereses y amor.

Por otro lado, indican que aquellos sujetos con sentimientos de inseguridad, falta de control personal y alienación con otros, son más proclives a vivenciar TEPT subsecuentes a la exposición en eventos traumáticos; sin embargo este estudio pudiera ser no del todo cierto, ya que intentan culpabilizar a las víctimas o su personalidad, no se contempla el conocimiento sobre el TEPT desde el funcionamiento cerebral, y el brindar esta clase de emociones minimiza el daño causado por el suceso.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

El presente estudio se ha realizado con metodología de carácter cuantitativo, siendo de carácter *exploratorio*, esto como se ha mencionado en los capítulos anteriores, no se tienen estudios profundos que permitan formular hipótesis; por lo que uno de los principales objetivos es conocer cuál es la prevalencia del TEPT en las víctimas de delito en la ciudad de Puebla, esto mediante el uso de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Para la aplicación del instrumento se hará uso de la propuesta de los autores Carretero-Dios & Pérez (2005), quienes realizan una propuesta para la validación, adaptación y estandarización de test psicológicos que evalúan algún constructo en específico de la Psicología Clínica.

3.1 Participantes

Para la adaptación del instrumento se requirió de diversos pasos, de acuerdo con la propuesta de Carretero-Dios & Pérez (2005), mismos que serán detallados más adelante, por lo que se requirió de la aplicación del instrumento con determinado número de participantes mínimos para obtener un análisis factorial, y que corresponden a las normas sugeridas para la adaptación de test con escala tipo Likert.

a) Prueba Piloto. Objetivo: análisis preliminar del instrumento

Esta muestra se obtuvo de la población general de la Ciudad de Puebla, con criterio de selección aleatoria, la única característica que debían cumplir los participantes era tener la edad mínima de 18 años; el rango de edad de los participantes osciló de 18 años como mínimo y 48 años máximo, la distribución se presentará en la Tabla 2, y en la Tabla 3 se detallarán los sucesos más frecuentes de los sujetos.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS EN LA PRUEBA PILOTO

Género	Frecuencia
<i>Masculino</i>	31
<i>Femenino</i>	94
Total	n=125

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUCESOS EN LA PRUEBA PILOTO

Suceso traumático	Frecuencia	Porcentaje
<i>Robo o asalto</i>	11	8.8%
<i>Muerte de un familiar o ser querido</i>	16	12.8%
<i>Abuso o acoso sexual</i>	15	12.0%
<i>Accidente de tráfico</i>	13	10.4%
<i>Intento de secuestro</i>	17	13.6%
<i>Extorsión telefónica</i>	16	12.8%
<i>Otros</i>	18	14.4%
<i>Ninguno</i>	19	15,2%
Total	125	100%

b) Muestra 2. Objetivo: Análisis de las propiedades psicométricas, fiabilidad y validez del instrumento.

De acuerdo con Gardner (citado por Carretero-Dios & Pérez, 2005), señala que para la realización de un análisis factorial es viable una población entre 100 y 300 casos, por lo que la población de esta muestra estuvo compuesta por 437 sujetos de la ciudad de Puebla, seleccionados de manera aleatoria, la única característica solicitada a los participantes, al igual que en la anterior aplicación, era cumplir con la edad mínima de 18 años; las edades oscilaron en 18 años como mínimo y un máximo de 59 años. Los detalles de la muestra como género serán presentados en la tabla 3, mientras que los sucesos traumáticos y su frecuencia se detallarán en la tabla 4.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS EN LA MUESTRA 2

Género	Frecuencia
<i>Masculino</i>	139
<i>Femenino</i>	298
Total	n= 437

TABLA 5. SUCESOS MÁS FRECUENTES EN LA MUESTRA 2.

Suceso Traumático	Frecuencia	Porcentaje
<i>Robo o asalto</i>	162	37.1
<i>Muerte de un familiar o ser querido</i>	51	11.7
<i>Acoso o abuso sexual</i>	17	3.9
<i>Accidente de tráfico</i>	35	8.0
<i>Intento de secuestro</i>	8	1.8
<i>Extorsión telefónica</i>	10	2.3
<i>Otros</i>	34	7.8
<i>Ninguno</i>	120	27.5
Total	437	100%

3.2 Instrumento de recolección de datos

De acuerdo con la propuesta que realizan Carretero-Dios-Pérez (2005) sobre la adaptación de instrumentos en escala tipo Likert, el proceso para la Escala de Gravedad de Síntomas del trastorno de Estrés Postraumático, se llevó a cabo en diversas fases, que serán explicadas en el siguiente apartado, así como las características generales del instrumento, composición y distribución de las variables; así como las modificaciones que requirió el instrumento conforme a las observaciones de los jueces expertos, el instrumento en su versión aplicada se encuentra en anexos.

3.2.1 La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)

La escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, et al, 1997), es una escala en formato tipo Likert, con rango de intensidad de 0 a 3 según la frecuencia de intensidad de los síntomas; funciona de manera de entrevista semiestructurada y funciona de manera heteroaplicada para medir los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV, la escala consta de 17 ítems, de los cuales 5 están dirigidos al criterio de reexperimentación, 5 al criterio de evitación, y los últimos 5 restantes al criterio de hiperactivación.

La escala tiene como rango de puntaje (0-51) en global, y por criterio (0-15) en reexperimentación, (0-21) en evitación y (0-15) en hiperactivación; además incluye una escala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, de la misma forma, en tipo Likert con rango de intensidad de 0 a 3, consta de 13 ítems y su rango de puntuación es de (0-39); ésta escala complementaria permite obtener datos adicionales sobre el TEPT, y brinda información sobre las situaciones que aquejan a la víctima, permitiendo diferenciarla, así como una orientación hacia el terapeuta para diseñar estrategias selectivas.

El instrumento posee un tiempo de resolución estimado entre 5 y 10 minutos, los ítems divididos acorde a los criterios en el instrumento son:

- Reexperimentación: 1,2,3,4,5
- Evitación: 6,7,8,9,10, 11 y 12
- Hiperactivación: 13,14,15,16,y 17
- Escala complementaria de las manifestaciones somáticas de ansiedad: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 y 13.

3.3 Definición de Variables

3.3.1 Variables de clasificación

Género: Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. RAE, (2014)

Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. RAE, (2014)

Suceso Traumático: Refiere al suceso que ha vivenciado –o no- la persona entrevistada, y que considera para el mismo de manera traumática.

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)? Alude a la estimación del tiempo en qué sucedió en suceso traumático con respecto a la aplicación del instrumento.

¿Desde cuándo experimenta el malestar? La pregunta se dirige –en caso de existir-, un malestar derivado exclusivamente del suceso traumático, estimar el periodo de tiempo entre el malestar y el suceso traumático.

3.3.2 Definición conceptual del constructo a medir

Trastorno por Estrés Postraumático

Definición Conceptual: Aparece cuando la persona ha sufrido –o ha sido testigo de- una agresión física o amenaza para la vida de uno mismo u otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. APA, (2000). En la siguiente tabla se desglosará de manera detallada la definición operacional del TEPT.

TABLA 6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL TEPT

VARIABLE	Dimensión	Indicadores	Ítems
Trastorno por estrés posttraumático (TEPT)	<i>Reexperi- mentación</i>	El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de las siguientes formas: a) Recuerdos del acontecimiento recurrentes que provocan malestar b) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. c) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo 4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. APA (2000)	1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? 4. ¿Sufre de un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
		Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de	6. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos,

	Evitación	la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:	sentimientos o conversaciones asociados al suceso?
		1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático	7. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
		2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	8. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
		3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma	9. ¿Observa la disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?
		4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	10. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o extrañeza respecto a los demás?
		5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás	11. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?
		6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)	12. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, caerse, tener hijos, etc.)?
		7. sensación de un futuro desolador. APA, (2000)	
			13. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el
		Síntomas persistentes de aumento de la activación	

	Hiperactivación	(arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. irritabilidad o ataques de ira 3. dificultades para concentrarse 4. hipervigilancia 5. respuestas exageradas de sobresalto. APA (2000)	sueño?
			14. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?
			15. ¿Tiene dificultades de concentración?
			16. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor) desde el suceso?
			17. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

3.4 Procedimiento

Para la adaptación del instrumento se siguió la propuesta de Carretero-Dios & Pérez (2005), quienes dan las normas básicas para la adaptación de test con escalas estilo Likert. Se llevaron a cabo la mayoría de las fases propuestas por los autores. En la siguiente figura pueden verse las fases de adaptación que se ejecutaron:

1. Justificación del Estudio
2. Delimitación conceptual del constructo a evaluar
3. Análisis preliminar del instrumento
4. Construcción y evaluación cualitativa de los ítems
5. Análisis estadístico de los ítems
6. Estudio de la dimensionalidad del instrumento
7. Estimación de la fiabilidad

Figura 4. Fase de adaptación del instrumento, propuesta de Carretero-Dios & Pérez (2005)

3.4.1 Justificación del estudio.

En esta fase el objetivo principal fue evidenciar las razones para la adaptación del test, sobre su relevancia en investigación y las condiciones que hacen que sea viable (Carretero-Dios & Pérez, 2005). La información respecto a este punto corresponde a los apartados 1.3 y 1.4 del presente trabajo.

3.4.2 Delimitación conceptual del constructo a evaluar.

En este punto es necesario definir cuidadosamente el constructo que se desea medir, utilizando para ello una tabla donde se presente la definición operacional (Carretero-Dios & Pérez, 2005). Siguiendo las recomendaciones de Hernández Sampieri et al. (2014) se elaboró dicha tabla, en ésta se presentan los componentes o dimensiones, los indicadores y los ítems de perspectiva temporal. Véase la tabla 1 en el apartado 3.4.2.

3.4.3 Análisis preliminar del instrumento.

Se aplicó la EGS a 125 sujetos de la ciudad de Puebla, seleccionados de manera aleatoria y no probabilística (véase el apartado 3.1 para detalles más específicos de la muestra 1), con el fin de realizar un análisis estadístico de los ítems para detectar los que necesitaban una revisión.

Los análisis métricos de los ítems se realizaron de acuerdo con lo expresado por Carretero-Dios & Pérez (2005), poniendo atención en los siguientes puntos:

- Las puntuaciones medias de respuesta en cada ítem que se sitúan cerca del punto medio de la escala en cada factor (simetría próxima a 0).
- La desviación típica de cada ítem, teniendo en cuenta que se consideran buenos aquellos con un valor superior a 1.
- El coeficiente de correlación elemento-total corregido.

El primero tiene en cuenta que son buenos ítems aquellos que tienen una media próxima a la media de la escala en cada dimensión. La segunda considera ítems adecuados aquellos que tienen un valor superior o próximo a uno, de manera que ayuden a maximizar la varianza del test. El tercero hace referencia al poder de discriminación de cada ítem, de forma que se busca aumentar la consistencia

interna de cada dimensión. Para esto se consideran aquellos ítems con valores mayores o iguales a 0.25-0.30 de acuerdo con Nunnally y Berstein (citado en Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Los ítems que se decidieron analizar de primera instancia fueron aquellos que no cumplían con los requisitos mencionados anteriormente. También se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach por cada dimensión, con el objetivo de compararlos con los que resultaran al final de la adaptación del test.

3.4.4 Construcción y evaluación cualitativa de ítems.

No se realizaron modificaciones en redacción de los ítems dada la buena puntuación en confiabilidad obtenida en la aplicación piloto del instrumento, se sometió a revisión el instrumento mediante *jueces expertos*, quienes analizaron el instrumento en relación con los objetivos del proyecto, las justificaciones y delimitaciones conceptuales. Este proceso resultó aprobatorio para la aplicación del instrumento en la siguiente muestra acorde a la definición operacional, y esto dio pauta a la aplicación de la siguiente muestra.

3.4.5 Análisis estadístico de los ítems.

En la prueba piloto se realizó un análisis estadístico que resultó favorable para los objetivos del proyecto, más adelante se detallarán estos resultados

3.4.6 Estudio de la dimensionalidad del instrumento.

A través de los análisis anteriores se aplicó versión final del instrumento, la cual fue aplicada a una muestra representativa de la población para su análisis. A partir de esto se llevó a cabo un Análisis Factorial mediante el Método de Componentes Principales.

3.4.7 Estimación de la fiabilidad.

Al mismo tiempo que el procedimiento anterior, se calcularon los coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach de cada dimensión.

Una vez terminada la adaptación del instrumento se prosiguió a realizar los cálculos estadísticos de los objetivos de investigación, los cuales se comentan a continuación.

3.5 instrumento para el análisis de datos

Los análisis estadísticos se hicieron usando el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) en su versión 20 para Windows.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Este capítulo esta específicamente dedicado a explicar los resultados obtenidos en las aplicaciones del instrumento, desde la prueba piloto hasta la muestra normativa; los datos estarán divididos en secciones acorde a lo especificado anteriormente en el punto 3.4 referente al procedimiento.

4.1 Análisis de Confiabilidad y validez

Como toda aplicación de un instrumento en un contexto distinto al que sea realiza, de acuerdo a Carretero-Dios y Pérez (2005), uno de los primeros pasos posterior a la justificación del estudio y delimitación del constructo a evaluar, es obtener la confiabilidad y validez del instrumento en la población que se desea estudiar. Los siguientes dos apartados detallaran los resultados obtenidos en pruebas de confiabilidad con respecto a la prueba piloto y la muestra normativa.

4.1.1 Confiabilidad de la prueba piloto

Para la aplicación de la prueba piloto, el Alpha de Cronbach que se obtuvo fue de .926 lo que representa una confiabilidad *excelente* de acuerdo a Sampieri, et al (2014). Referente a las correlaciones ítem-total que no superan el valor de .25 estipulado por Nunnally y Berstein (1995, citado en Carretero-Dios & Pérez, 2005), solamente se encuentra el ítem 8 del instrumento. Por otro lado, referente a la desviación típica, la mayoría de los resultados de los componentes es menor a 1, lo que indica que puede tener poca variación el ítem con respecto a la media, sin embargo el único caso de un índice diferente a los demás se encuentra en el ítem 13. Por último con respecto al coeficiente de Alpha de Cronbach si se elimina el elemento, todos los ítems no afectan en gran medida al coeficiente total; salvo, curiosamente el ítem 13, que si se elimina, aumenta el coeficiente total, lo que nos hace pensar que el comportamiento del ítem puede ser dudoso por su desviación

típica y como su desaparición propicia una mayor confiabilidad en la prueba piloto. Para detallar los datos ya mencionados presentamos la siguiente tabla:

TABLA 7. PROPIEDADES DE CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA PILOTO

	M	DT	ri-t	α	N
Ítem 1	.7317	.87846	.550	.923	123
Ítem 2	.2439	.60519	.544	.924	123
Ítem 3	.6098	.82615	.559	.923	123
Ítem 4	.8049	.84600	.683	.921	123
Ítem 5	.7236	.92595	.599	.922	123
Ítem 6	.5772	.83967	.753	.921	123
Ítem 7	.5772	.86847	.604	.922	123
Ítem 8	.4228	.73561	.238	.926	123
Ítem 9	.3821	.70734	.567	.923	123
Ítem 10	.4146	.71204	.681	.922	123
Ítem 11	.3821	.81503	.595	.922	123
Ítem 12	.3008	.71213	.655	.922	123
Ítem 13	.5528	3.01690	.458	.947	123
Ítem 14	.4553	.77091	.660	.922	123
Ítem 15	.5122	.79306	.638	.922	123
Ítem 16	.8537	.98082	.528	.923	123
Ítem 17	.6585	.93062	.650	.922	123
Ítem 18	.3984	.80714	.682	.921	123
Ítem 19	.4553	.79189	.606	.922	123
Ítem 20	.5772	.81992	.797	.920	123
Ítem 21	.4228	.72438	.656	.922	123
Ítem 22	.4228	.67761	.549	.923	123
Ítem 23	.2520	.58103	.522	.924	123
Ítem 24	.2520	.55210	.601	.923	123
Ítem 25	.3902	.75351	.716	.921	123
Ítem 26	.2520	.58103	.509	.924	123
Ítem 27	.3333	.74291	.618	.922	123
Ítem 28	.3496	.66510	.527	.924	123
Ítem 29	.3821	.75227	.504	.924	123
Ítem 30	.3740	.78300	.564	.923	123
Alpha de Cronbach de prueba piloto: .926					

*Medias (M), Desviaciones Típicas (DT), Correlación ítem-total (ri-t), Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α) y Número de casos válidos (N)

4.1.2 Confiabilidad de la muestra normativa

TABLA 8. PROPIEDADES DE CONFIABILIDAD DE LA MUESTRA NORMATIVA

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>ri-t</i>	α	<i>N</i>
Ítem 1	.6152	.81942	.728	.960	437
Ítem 2	.2581	.57487	.605	.961	437
Ítem 3	.4885	.76657	.707	.960	437
Ítem 4	.6106	.80298	.677	.960	437
Ítem 5	.5415	.78342	.661	.960	437
Ítem 6	.4631	.91170	.619	.961	437
Ítem 7	.4885	.81900	.669	.960	437
Ítem 8	.3502	.68093	.505	.961	437
Ítem 9	.3456	.70655	.651	.960	437
Ítem 10	.3318	.68339	.678	.960	437
Ítem 11	.2834	.72268	.566	.961	437
Ítem 12	.2673	.66415	.623	.961	437
Ítem 13	.3571	.74394	.675	.960	437
Ítem 14	.4470	.75570	.700	.960	437
Ítem 15	.5092	.79616	.771	.960	437
Ítem 16	.7719	.98066	.652	.961	437
Ítem 17	.6382	.89675	.674	.960	437
Ítem 18	.2488	.60621	.706	.960	437
Ítem 19	.3594	.69960	.708	.960	437
Ítem 20	.4055	.69745	.704	.960	437
Ítem 21	.3134	.67517	.742	.960	437
Ítem 22	.2880	.58265	.637	.961	437
Ítem 23	.2373	.60513	.695	.960	437
Ítem 24	.2396	.61745	.673	.960	437
Ítem 25	.3134	.67858	.738	.960	437
Ítem 26	.2327	.62195	.671	.960	437
Ítem 27	.2627	.65902	.706	.960	437
Ítem 28	.2304	.59435	.686	.960	437
Ítem 29	.3894	.78259	.568	.961	437
Ítem 30	.2742	.69703	.652	.960	437
Alpha de Cronbach de la muestra normativa: .962					

*Medias (M), Desviaciones Típicas (DT), Correlación ítem-total (ri-t), Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α) y Número de casos válidos (N)

Es curioso que en comparación de la prueba piloto, los resultados obtenidos en esta aplicación correspondiente a la muestra normativa, tienen una mejora y adecuación en los datos de interés. Por ejemplo encontramos una desviación típica cercana a 1 en todos los ítems, el grado de correlación ítem-total es superior al .25 mencionado anteriormente. El coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach es todavía mejor con .962, lo que nos quiere decir que está cerca de la perfección; y este coeficiente si se elimina los ítems no aumenta en la ausencia de alguno; por lo que se obtuvo una excelente puntuación respecto a las propiedades de confiabilidad del instrumento, como indica la *ley de los números grandes* (Sampieri, et al, 2014) “entre mayor sea el número de la muestra, menor será el error estándar”.

4.2 Confiabilidad por criterio diagnóstico

En este segundo apartado del tema, en similitud con el anterior, los resultados presentados se dirigirán a explicar y conocer el grado de confiabilidad por cada criterio diagnóstico que compone al instrumento: *reexperimentación, evitación, hiperactivación y la escala complementaria de manifestaciones somáticas*.

4.2.1 Criterio Reexperimentación

En relación con la aplicación de la muestra normativa, se encuentran resultados que indican la consistencia interna de validez y fiabilidad del instrumento. El Alpha de Cronbach es .870 y lo califica como *bueno* (Sampieri, et al, 2014); respecto a la correlación ítem-total es superior a .25, el coeficiente de confiabilidad aumenta ligeramente si se elimina el ítem 2 del criterio.

TABLA 9. PROPIEDADES DE CONFIABILIDAD DEL CRITERIO REEXPERIMENTACIÓN

	M	DT	ri-t	a	N
Ítem 1	.6161	.81869	.743	.830	435
Ítem 2	.2575	.57434	.572	.871	435
Ítem 3	.4897	.76608	.736	.831	435
Ítem 4	.6115	.80228	.762	.824	435
Ítem 5	.5425	.78283	.675	.847	435

Alpha de Cronbach de criterio: .870

*Medias (M), Desviaciones Típicas (DT), Correlación ítem-total (ri-t), Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α) y Número de casos válidos (N)

4.2.2 Criterio Evitación

En relación con la aplicación de la muestra normativa, se encuentran resultados que indican la consistencia interna de validez y fiabilidad del instrumento. El Alpha de Cronbach es .836 y lo califica como *bueno* (Sampieri, et al, 2014); respecto a la correlación ítem-total es superior a .25, el coeficiente de confiabilidad no varía con respecto al coeficiente total.

TABLA 10. PROPIEDADES DE CONFIABILIDAD DEL CRITERIO EVITACIÓN

	M	DT	ri-t	a	N
Ítem 6	.4714	.91733	.587	.816	437
Ítem 7	.4966	.82846	.624	.807	437
Ítem 8	.3547	.68406	.458	.832	437
Ítem 9	.3547	.72000	.654	.803	437
Ítem 10	.3432	.70469	.628	.807	437
Ítem 11	.2952	.74335	.564	.817	437
Ítem 12	.2723	.67490	.612	.810	437

Alpha de Cronbach de criterio: .836

*Medias (M), Desviaciones Típicas (DT), Correlación ítem-total (ri-t), Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α) y Número de casos válidos (N)

4.2.3 Criterio Hiperactivación

El Alpha de Cronbach es .857 y lo califica como *bueno* (Sampieri, et al, 2014); respecto a los demás criterios no existe dato alguno a destacar.

TABLA 11. PROPIEDADES DE CONFIABILIDAD DEL CRITERIO HIPERACTIVACIÓN

	M	DT	ri-t	a	N
Ítem 13	.3624	.75314	.627	.839	436
Ítem 14	.4518	.76412	.681	.827	436
Ítem 15	.5138	.80361	.736	.812	436
Ítem 16	.7729	.98088	.669	.833	436
Ítem 17	.6445	.90197	.677	.827	436

Alpha de Cronbach de criterio: .857

*Medias (M), Desviaciones Típicas (DT), Correlación ítem-total (ri-t), Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α) y Número de casos válidos (N).

4.2.4 Criterio Escala Complementaria

Con respecto a las escalas anteriores, la escala complementaria de manifestaciones somáticas de ansiedad tiene una confiabilidad mayor y más precisa a la muestra normativa, es de .937 y se califica como *excelente*. Respecto a las desviaciones típicas, correlación ítem total, y coeficiente si se elimina elemento, los datos son consistentes con la confiabilidad total.

TABLA 12. PROPIEDADES DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA COMPLEMENTARIA

	M	DT	ri-t	a	N
Ítem 18	.2609	.62491	.746	.931	437
Ítem 19	.3684	.71306	.690	.933	437
Ítem 20	.4119	.70036	.705	.932	437
Ítem 21	.3181	.68534	.764	.930	437
Ítem 22	.2952	.58834	.606	.935	437
Ítem 23	.2449	.61480	.765	.930	437
Ítem 24	.2471	.63047	.740	.931	437
Ítem 25	.3227	.69319	.744	.931	437
Ítem 26	.2403	.63494	.717	.932	437
Ítem 27	.2700	.66728	.744	.931	437

Ítem 28	.2357	.59955	.721	.932	437
Ítem 29	.4005	.79407	.599	.937	437
Ítem 30	.2792	.70701	.680	.933	437
Alpha de Cronbach de criterio: .937					

*Medias (M), Desviaciones Típicas (DT), Correlación ítem-total (ri-t), Alfa de Cronbach si se elimina el elemento (α) y Número de casos válidos (N)

4.3 Análisis Factorial

Para el análisis de constructo, de acuerdo con la propuesta de Carretero-Dios & Pérez (2005), se mencionó que se requería de la aplicación de un análisis factorial, esto es un procedimiento que agrupa y reduce los factores de manera que permite una mayor facilidad en su interpretación. Para determinar si es viable o no nuestra matriz de datos para aplicar un análisis factorial se hizo uso de las pruebas de KMO, que es un índice que toma valores entre 0 y 1 y que se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial de forma que, cuanto más pequeño sea su valor, mayor es el valor de los coeficientes de correlación parciales y, por lo tanto, menos deseable es realizar un Análisis Factorial. Miquel (1995) sugiere que la prueba KMO es $\geq 0,75$ la idea de realizar un análisis factorial es buena, si $0,75 > KMO \geq 0,5$ la idea es aceptable y si $KMO < 0,5$ es inaceptable. Para complementar esta prueba se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett, en donde se pueden dar como válidos aquellos resultados que presenten un valor elevado del análisis y cuya fiabilidad sea menor a 0.05 para realizar un análisis factorial. En la tabla 13 se mostrarán los resultados obtenidos en la aplicación de las pruebas mencionadas:

TABLA 13. PRUEBA DE KMO Y PRUEBA DE BARTLETT

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.958
Prueba de esfericidad de	Chi-cuadrado aproximado	8899.255
Bartlett	gl	435
	Sig.	.000

La prueba de KMO arrojó un resultado de 0.958, que de acuerdo con Miquel (1996) es superior a 0.75 y sugiere la viabilidad de aplicar un análisis factorial; misma situación con la prueba de esfericidad de Bartlett, ya que su coeficiente es menor a 0.05 y confirma la fiabilidad para realizar el análisis mencionado.

4.3.1 Análisis de componentes principales

En la aplicación del análisis factorial mediante el análisis de componentes principales, en la tabla 14 se la matriz de componentes rotados, se tomaron los puntajes más altos con simetría cercana a 1, divididos en 4 componentes para observar el comportamiento de las variables.

Los primeros ítems correspondientes al criterio de reexperimentación (1,3,4,5) se agruparon mejor en el segundo componente, al igual que la mitad del criterio de evitación (1,2,3,4), esto podría darse por la similitud en los criterios diagnósticos antes mencionados, por lo que su carga se dirige a la dimensión 2 que comprende Evitación.

En el tercer componente, los ítems que se cargaron fueron los últimos de evitación (5,6 y7), y todos los referentes a hiperactivación; esto puede explicarse por la diferenciación en los criterios diagnósticos facilitista que se agrupan de mejor manera con su dimensión correspondiente.

El cuarto componente es la dimensión de escala somática, en donde tuvieron mayor carga los últimos de hiperactivación (4 y 5), somáticas (12 y 13), esta dimensión está compuesta por elementos que derivan con cierta similitud a las otras dimensiones.

Y curioso, en la primera dimensión no cargó ningún ítem al que corresponde, sino es que la mayor parte de las variables somáticas (a excepción de 2, 5, 12 y 13). La carga de la mayoría de estas variables puede deberse a como se explicó con anterioridad, esta dimensión está compuesta por aspectos que tienen mucha similitud con las demás dimensiones.

TABLA 14. TABLA DE COMPONENTES ROTADOS CON VARIMAX

Ítems	COMPONENTES			
	1	2	3	4
Reexperimentación 1		.647		
Reexperimentación 2			.491	
Reexperimentación 3		.709		
Reexperimentación 4		.816		
Reexperimentación 5		.730		
Evitación 1		.614		
Evitación 2		.682		
Evitación 3		.501		
Evitación 4		.522		
Evitación 5			.541	
Evitación 6			.684	
Evitación 7			.585	
Hiperactivación 1			.614	
Hiperactivación 2			.634	
Hiperactivación 3			.664	
Hiperactivación 4				.624
Hiperactivación 5				.658
Somáticas 1	.639			
Somáticas 2			.533	
Somáticas 3	.636			
Somáticas 4	.656			
Somáticas 5		.433		
Somáticas 6	.714			
Somáticas 7	.733			
Somáticas 8	.505			
Somáticas 9	.681			
Somáticas 10	.599			
Somáticas 11	.606			
Somáticas 12				.689
Somáticas 13				.539

En el gráfico 5 se muestra el gráfico de sedimentación, que explica los resultados de los factores, se muestran los tres factores que explican el porcentaje de la varianza total, ya explicada; y un punto de inflexión a partir del factor 6 en adelante y por consiguiente la curva comienza a aplanarse.

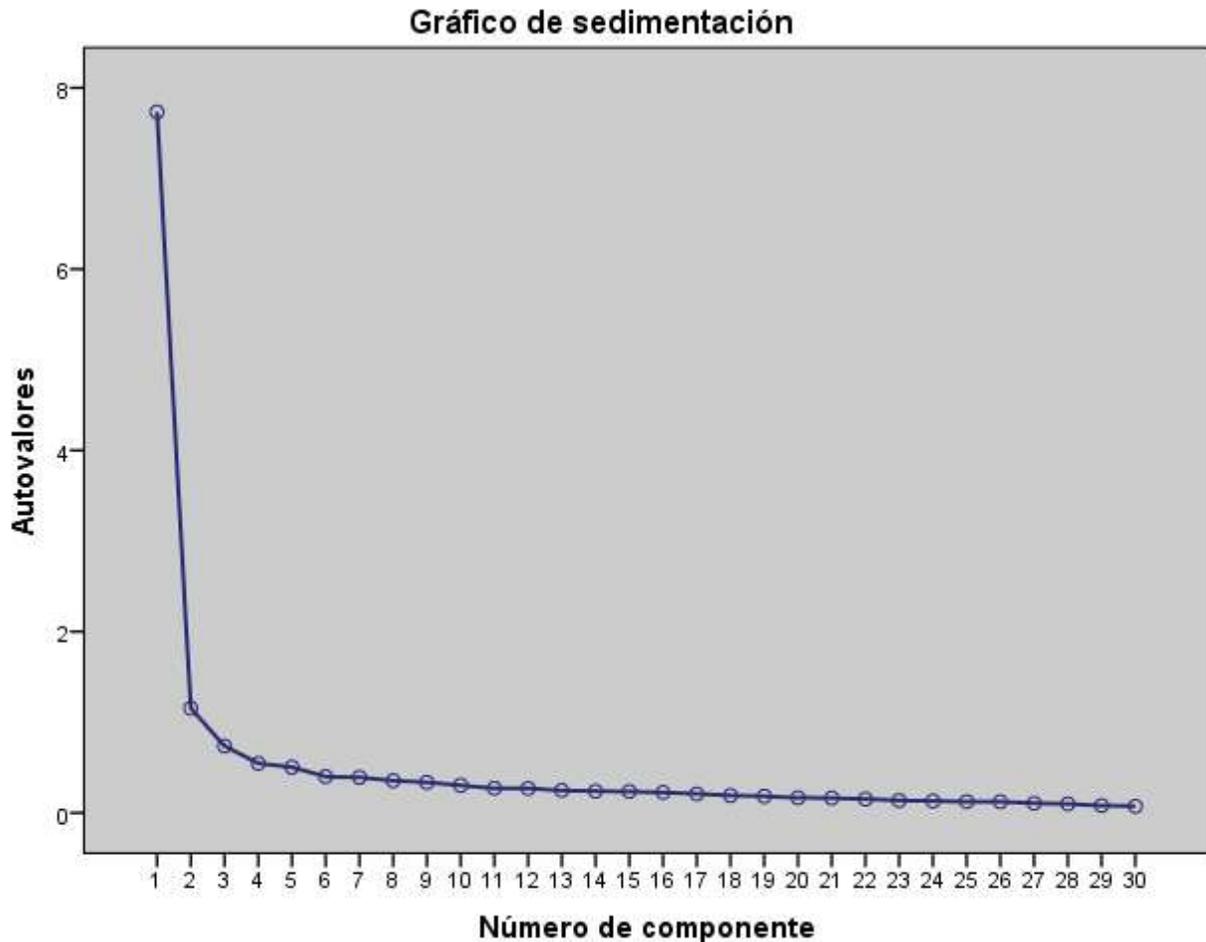


FIGURA 5. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN DE LOS FACTORES

4.4 Análisis por suceso traumático

Este apartado, como parte final de los resultados, está dirigido a explicar mediante las medias y desviaciones típicas las puntuaciones obtenidas por cada suceso traumático; para finalizar con un análisis general y por grupos de género, de manera que permita conocer las puntuaciones y grados de significancia obtenidos en la aplicación normativa, y que tanta relación tienen estos con los objetivos del estudio (apartado 1.2); y refieren a la prevalencia de las secuelas psicológicas en la población general mediante la compatibilidad del instrumento.

4.4.1 Robo o asalto

En el primer grupo de suceso traumático, con 160 caso validos de aplicación, las medias de las puntuaciones de las escalas con respecto al puntaje total se hallaron entre 3 y 4, siendo la más alta la escala complementaria con 4.54 de 39 posibles; la desviación típica significativa se encontró en ésta misma con 8.97 por encima de la media de 4.54.

TABLA 15. ANÁLISIS DEL SUCESO ASALTO O ROBO

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	10.61	8.66
Subescala Reexperimentación (Puntuación 0-15)	3.42	3.72
Subescala Evitación (Puntuación 0-21)	3.22	3.49
Subescala Hiperactivación (Puntuación 0-15)	4.28	5.53
Escala Complementaria (Puntuación 0-39)	4.54	8.97

Con respecto al histograma, la curva se encuentra cargada a la izquierda junto a las frecuencias, lo que nos muestra una respuesta de nada, poco y bastante con respecto a las manifestaciones del TEPT posterior al suceso traumático.

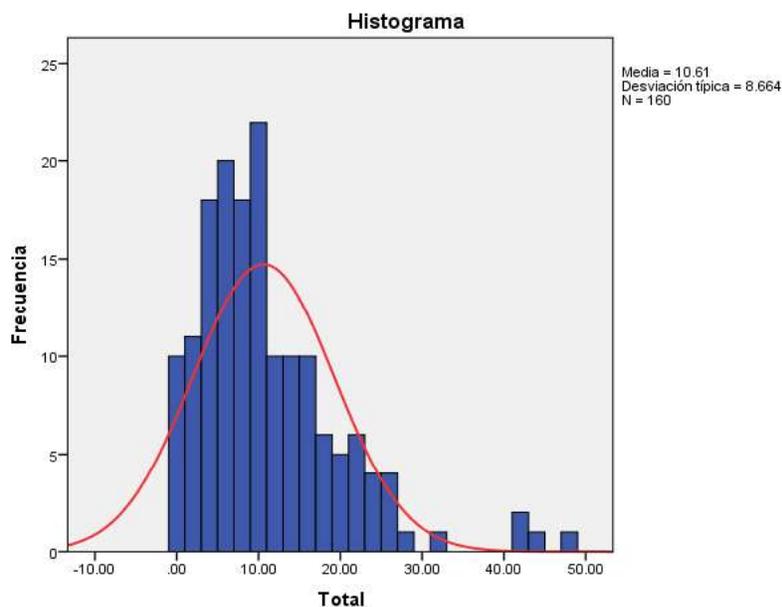


FIGURA 6. HISTOGRAMA DE ROBO O ASALTO

4.4.2 Muerte de un familiar o ser querido

Tabla 17. ANÁLISIS DE MUERTE DE UN FAMILIAR O SER QUERIDO

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	11.37	9.31
Subescala Reexperimentación (Puntuación 0-15)	3.73	2.94
Subescala Evitación (Puntuación 0-21)	4.10	4.00
Subescala Hiperactivación (Puntuación 0-15)	4.79	3.55
Escala Complementaria (Puntuación 0-39)	6.04	8.29

Las puntuaciones de éste suceso traumático tienen variación por escala, la que arroja una mayor media es la escala complementaria con 6.04, y la de menor puntaje es la escala de reexperimentación con 3.73. En el histograma las puntuaciones se cargan a la izquierda, lo que nos indica a la población del suceso que se concentra en un malestar poco o bastante con respecto al suceso vivenciado.

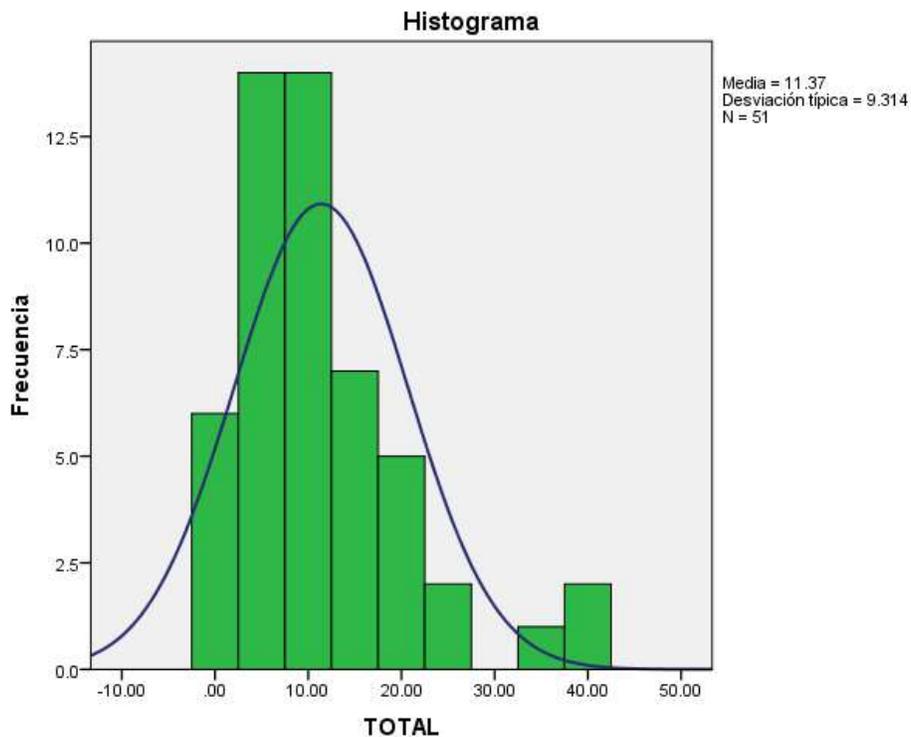


FIGURA 7. HISTOGRAMA DE MUERTE DE UN FAMILIAR O SER QUERIDO

4.4.3 Acoso o abuso sexual

En este suceso traumático, las puntuaciones significativas de las medias, que se muestran en la tabla 18, apuntan a que el criterio más alto es hiperactivación con 4.12, y el menor reexperimentación con 3.53. Por otro lado, en el histograma (figura 8), al igual que en los anteriores, los datos se cargan a la izquierda en puntuaciones similares como nada, poco y bastante por la población.

TABLA 18. ANÁLISIS DE ACOSO O ABUSO SEXUAL

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	11.24	9.74
Subescalas		
Reexperimentación (Puntuación 0-15)	3.53	3.16
Evitación (Puntuación 0-21)	3.59	3.62
Hiperactivación (Puntuación 0-15)	4.12	3.72
Complementaria (Puntuación 0-39)	5.41	5.58

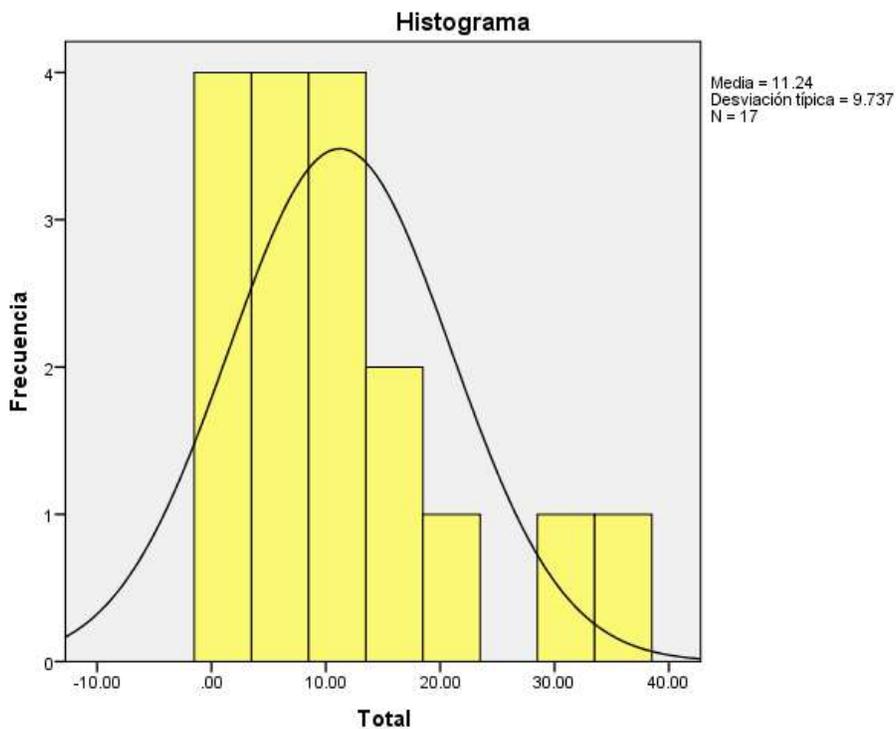


FIGURA 8. HISTOGRAMA DE ACOSO O ABUSO SEXUAL

4.4.4 Accidente de tráfico

TABLA 19. ANÁLISIS DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	9.57	9.94
Subescalas		
Reexperimentación (Puntuación 0-15)	2.8	2.79
Evitación (Puntuación 0-21)	3.31	4.32
Hiperactivación (Puntuación 0-15)	3.46	3.64
Complementaria (Puntuación 0-39)	5.69	8.95

Los resultados generados en este suceso, generan de nueva cuenta una media alta con respecto a las demás, la escala complementaria con 5.59, y una puntuación baja en reexperimentación de 2.8 (véase tabla 19). En el histograma los datos están cargados a la izquierda y muestran que la población aplicada tiene nada o pocas manifestaciones de TEPT con respecto al suceso.

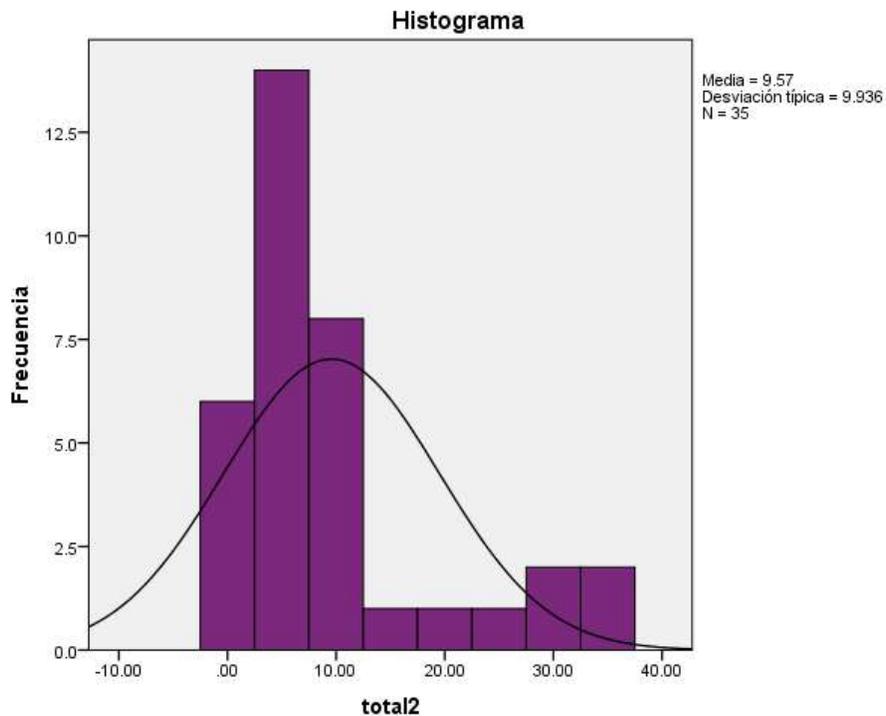


FIGURA 9. HISTOGRAMA DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

4.4.5 Intento de secuestro

En este suceso (tabla 20), los resultados obtenidos con respecto a las medias de puntuación tanto a escalas y complementaria muestran una similitud, al obtener puntajes de 3; sin embargo el dato a mencionar es la desviación típica en la escala complementaria, siendo la tercera vez que se presenta y con distinto suceso. En el histograma (figura 10) se ven aún más cargados los datos a la izquierda, lo que refleja una vez más la ausencia de molestia en la población aplicada.

TABLA 20. ANÁLISIS DE INTENTO DE SECUESTRO

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	10	6.16
Subescalas		
Reexperimentación (Puntuación 0-15)	3.38	2.92
Evitación (Puntuación 0-21)	3.63	2.77
Hiperactivación (Puntuación 0-15)	3.00	2.77
Complementaria (Puntuación 0-39)	3.38	6.09

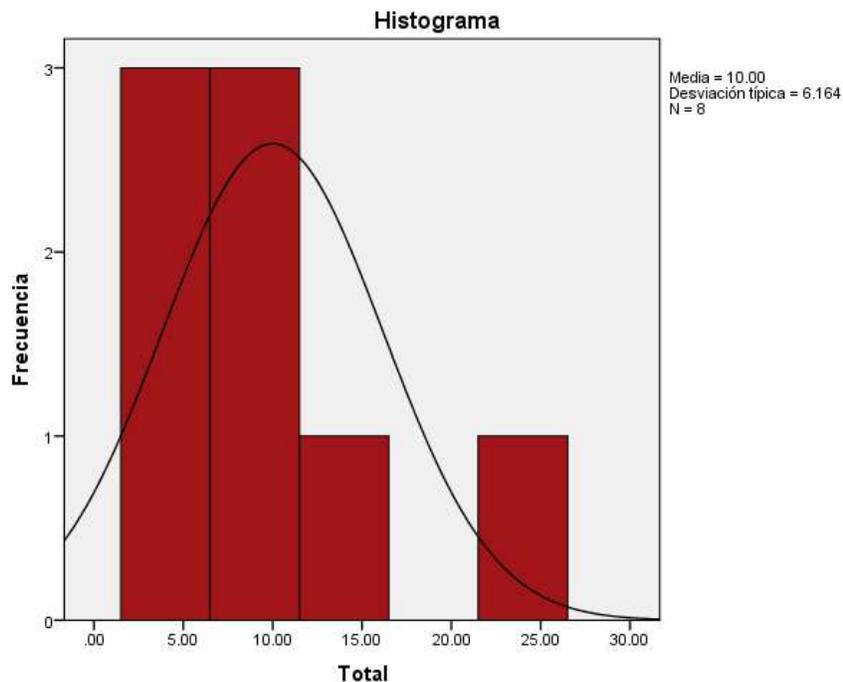


FIGURA 10. HISTOGRAMA DE INTENTO DE SECUESTRO

4.4.6 Extorsión telefónica

TABLA 21. ANÁLISIS DE EXTORSIÓN TELEFÓNICA

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	6.8	8.27
Subescalas		
Reexperimentación (Puntuación 0-15)	2.1	3.23
Evitación (Puntuación 0-21)	1.7	2.57
Hiperactivación (Puntuación 0-15)	3.0	2.52
Complementaria (Puntuación 0-39)	6.4	8.54

Los resultados obtenidos en éste suceso nos reflejan una diferencia entre las Subescalas (tabla 21), reexperimentación con una media de 2.1, hiperactivación con 3.0 y la más baja, evitación con 1.7; la escala complementaria tiene una media de 6.4 y nuevamente una desviación típica mayor a la media. En el histograma se ven totalmente cargados los datos a la izquierda, cabe mencionar que es el suceso con menor manifestación de molestia de toda la aplicación,

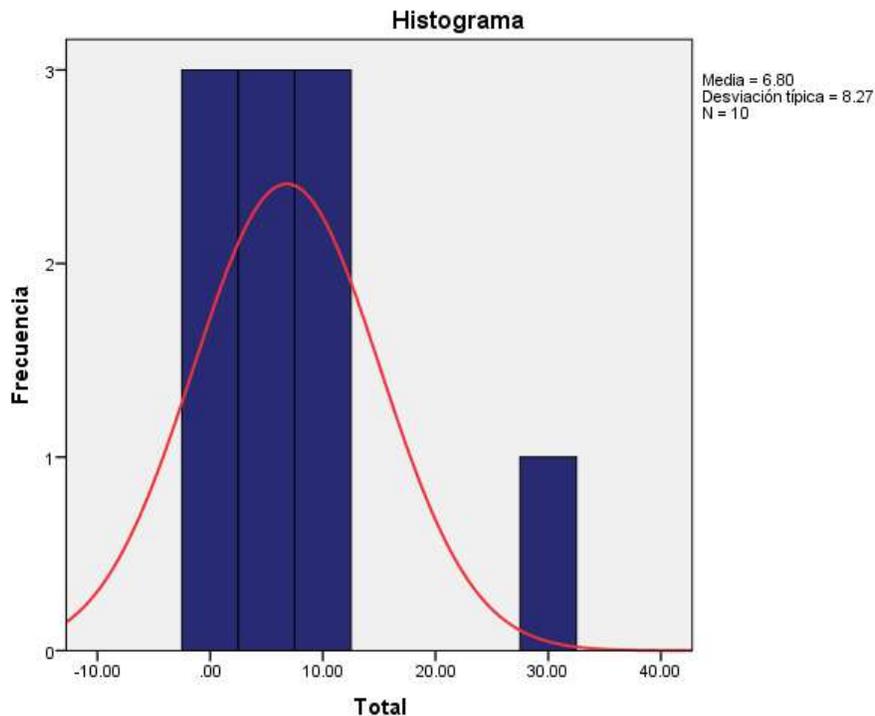


FIGURA 11. HISTOGRAMA DE EXTORSIÓN TELEFÓNICA

4.4.7 Otros

Este suceso, a comparación de los demás, se compone de diversos sucesos traumáticos que no pudieron ser agrupados en uno mismo y varían. Respecto a los resultados obtenidos (tabla 22), la media representativa es de 6.76 y nuevamente con una desviación típica mayor a la media. En el histograma, a comparación de los anteriores, se ve más cargada la puntuación hacia la izquierda y fragmentada con las que se encuentran en el extremo derecho.

TABLA 22. ANÁLISIS OTROS

	<i>M</i>	<i>D.T</i>
Escala Global (Puntuación 0-51)	13.74	12.76
Subescalas		
Reexperimentación (Puntuación 0-15)	4.73	3.95
Evitación (Puntuación 0-21)	5.26	5.18
Hiperactivación (Puntuación 0-15)	3.76	4.29
Complementaria (Puntuación 0-39)	6.76	9.06

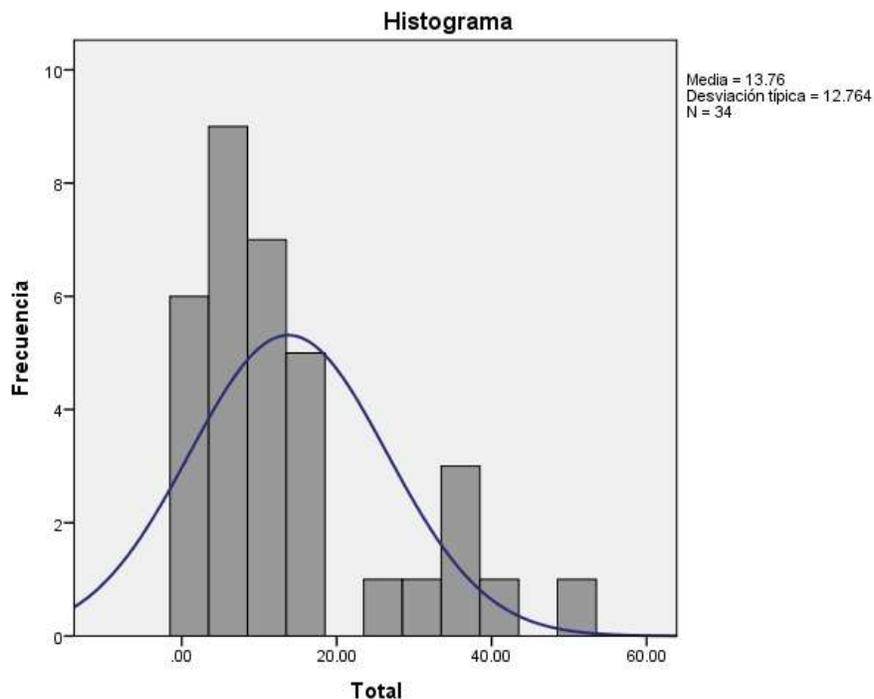


FIGURA 12. HISTOGRAMA OTROS

4.4.8 Análisis General

TABLA 23. ANÁLISIS GENERAL DE LOS SUCESOS

	<i>Muerte de familiar</i>	<i>Abuso sexual</i>	<i>Accidente de tráfico</i>	<i>Intento de secuestro</i>	<i>Extorsión Telefónica</i>	<i>Otros</i>
M	10.61	11.37	11.24	9.57	10.00	6.80
DT	8.66	9.31	9.74	9.94	6.16	12.76

En la tabla 23 se muestran las medias del puntaje total por suceso traumático, así como la desviación típica de cada uno. La media más alta es la de Otros con 13.76, y la siguen muerte de un familiar con 11.37 y abuso sexual con 11.24, la más baja es extorsión telefónica con 6.80. La situación que el suceso otros tenga una media más alta que el resto es debido a que agrupa diversos sucesos traumáticos que no pudieron ser agrupados por su baja cantidad en uno mismo, y esto genera tanto puntajes altos como bajos en variación. En la figura 13 se ilustra un gráfico de puntos comparativo entre las medias ya explicadas.

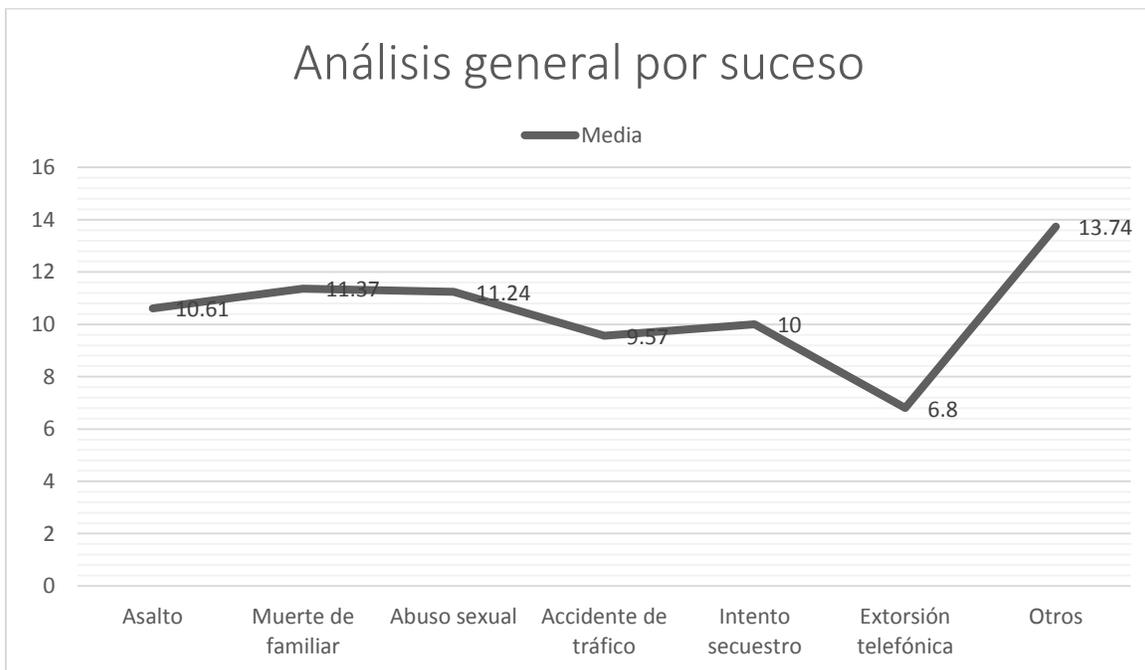


FIGURA 13. GRÁFICA DE PUNTOS DEL ANÁLISIS GENERAL DE LOS SUCESOS

4.4.9 Por grupos de género

En cuanto a las diferencias por grupos de género, se ejemplifican de manera detallada en la tabla 24. En los síntomas de reexperimentación la media es más alta en el género femenino con 2.66 por 2.19 del masculino, en el rango de evitación el grupo femenino tiene 2.73 a 2.26 del masculino, en la escala de hiperactivación se encontró una ligera similitud, 2.78 en el grupo masculino y 2.72 por el femenino; en la escala complementaria se ve una diferencia de medias, siendo mayor la del grupo masculino con 4.09 por 3.80 del femenino. Sin embargo en la puntuación total (que no incluye la puntuación de la escala complementaria es mayor en el grupo femenino con una media de 8.04 por 7.18 del grupo masculino, cabe mencionar que en éstas puntuaciones de medias, la desviación típica es la más significativa con respecto a las Subescalas.

TABLA 24. ANÁLISIS POR GRUPOS DE GÉNERO

<i>Género</i>		Reexperimentación rango (0-15)	Evitación rango (0-21)	Hiperactivación rango (0-15)	Complementaria rango (0-15)	Total rango (0-51)
<i>Masculino</i>	M	2.19	2.26	2.78	4.09	7.18
	N	138	139	139	139	138
	D.T	2.95	3.54	3.24	6.71	8.79
<i>Femenino</i>	M	2.66	2.73	2.72	3.80	8.04
	N	297	298	297	298	296
	D.T	3.09	3.85	3.43	6.48	9.48

CAPÍTULO V: CONCLUSIÓN

5.1 Discusión

En este penúltimo apartado del presente estudio, se encargará de comentar los resultados obtenidos, pero a manera de debate, tomando elementos del marco teórico para explicar determinados datos; y posteriormente contrastar los resultados con los obtenidos en la aplicación española del instrumento (Echeburúa, et al, 1997), todo ello para profundizar y generar conclusiones que nos acerquen al panorama deseado en los objetivos del proyecto.

Los primeros elementos de los resultados que comentaremos serán los análisis de confiabilidad y validez, para ello compararemos el comportamiento de los ítems de la prueba piloto con la aplicación de la escala en la población española, todo ello se verá ilustrado en la tabla 25:

TABLA 25. COMPARACIÓN DE VALIDEZ EN PRIMERA APLICACIÓN

<i>Subescala</i>	APLICACIÓN ESP.		PRUEBA PILOTO	
	M	D.T	M	D.T
<i>Reexperimentación</i>	9.27	3.24	3.18	3.19
<i>Evitación</i>	10.79	2.91	3.21	3.99
<i>Hiperactivación</i>	9.42	3.03	3.12	4.84
<i>Puntuación Global</i>	29.54	6.90	9.52	10.63
	a = 0.63	n = 175	a = 0.926	n = 125

*Medias (M), Desviación típica (D.T), Alpha de Cronbach (a), y número de casos (n)

En la aplicación española los índices de la media son altos en comparación con la prueba piloto de éste estudio, esto es porque en esa aplicación española los sujetos de los casos validos (n =175) tuvieron el diagnóstico previo de TEPT acorde a los criterios del DSM-IV TR (APA, 2000), por lo que la media de puntuación global supera el punto de corte (15), siendo 29.54. Pero esta puntuación se dirige hacia síntomas como bastante y mucho como secuela del suceso traumático, sin embargo esta puntuación alta se ve reflejada en un coeficiente bajo del Alpha de Cronbach (0.630); mientras que, en la prueba piloto

la confiabilidad es de 0.926 y la media global es de 9.52. Los datos similares, es que en ambas aplicaciones, por subescala, la que presenta mayor puntaje de las 3 es el criterio de evitación, (10.79) en la aplicación española y (3.21) en la española. Sin embargo la desviación típica es mayor en la prueba piloto que en la aplicación español, en la puntuación global, la prueba piloto tiene 10.63 por 6.90 de la española.

En la segunda aplicación del instrumento las diferencias entre la muestra normativa y la aplicación española no tienen muchas diferencias significativas, esto por las características de la población, siendo la primera condición no tener un diagnóstico previo de TEPT, lo que dirige las puntuaciones más frecuentes a nada, poco y en ocasiones a bastante. Como se ilustra en la tabla 26, la puntuación global de la aplicación española 7.99 por 7.76 de la muestra normativa del estudio; en la aplicación española la subescala con mayor puntuación en medias es el criterio de reexperimentación con 3.34, mientras que, en la muestra normativa es el criterio de Hiperactivación con 2.74.

En las desviaciones típicas existe similitud en los criterios, en la puntuación global es más alta en la muestra normativa con 9.26 frente a 6.95 de la aplicación española. Lo coeficientes del Alpha de Cronbach tienen diferencia, en la aplicación español es de 0.84 siendo *bueno*, mientras que en la muestra normativa del estudio es de 0.963 como *excelente* (Sampieri, et al, 2014), respecto al número de casos son 437 de la muestra normativa por 463 de la aplicación española.

TABLA 26. COMPARACIÓN DE VALIDEZ EN SEGUNDA APLICACIÓN

<i>Subescala</i>	APLICACIÓN ESP.		MUESTRA NORM.	
	M	D.T	M	D.T
<i>Reexperimentación</i>	3.34	2.96	2.51	3.05
<i>Evitación</i>	2.32	2.80	2.58	3.76
<i>Hiperactivación</i>	2.31	2.65	2.74	3.37
<i>Puntuación Global</i>	7.99	6.95	7.76	9.6
	a = 0.840	n = 463	a = 0.963	n = 437

*Medias (M), Desviación típica (D.T), Alpha de Cronbach (a), y número de casos (n)

Para el análisis de constructo, de acuerdo con la propuesta de Carretero-Dios & Pérez (2005), se mencionó que se requería de la aplicación de un análisis factorial. Para determinar si es viable o no la matriz de datos para aplicar un análisis factorial se hizo uso de las pruebas de KMO, que es un índice que toma valores entre 0 y 1 y que se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial de forma que, cuanto más pequeño sea su valor, mayor es el valor de los coeficientes de correlación parciales y, por lo tanto, menos deseable es realizar un Análisis Factorial. Miquel (1995) sugiere que la prueba KMO es $\geq 0,75$ la idea de realizar un análisis factorial es buena, si $0,75 > KMO \geq 0,5$ la idea es aceptable y si $KMO < 0,5$ es inaceptable, y la cual arrojó un resultado de 0.958. Para complementar esta prueba se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett, en donde se pueden dar como válidos aquellos resultados que presenten un valor elevado del análisis y cuya fiabilidad fue menor a 0.05 para realizar un análisis factorial.

Posteriormente, en la aplicación del análisis factorial mediante el análisis de componentes principales, la varianza total explicada en el componente 1 explica el porcentaje de la varianza total (48.67%), mientras que en el resto de los componentes se distribuye de una manera gradual, por lo que se optará por extraer ese factor, porque tiende agruparse de ésta manera y se verá reflejado en las puntuaciones de las medias posteriormente. Mientras que en el gráfico de sedimentación, que explica los resultados de los factores, se muestran los tres factores que explican el porcentaje de la varianza total, ya explicada; y un punto de inflexión a partir del factor 6 en adelante y por consecuente la curva comienza a aplanarse.

5.2 Conclusiones

Ya en el último apartado de resultados, se expusieron las puntuaciones obtenidas por suceso traumático mediante las medias, desviaciones típicas e histograma. En el primer suceso traumático, y el de mayor interés en el estudio *Asalto o Robo* obtuvieron una media de 10.61 en la puntuación global a contraste de 7.76 de toda la muestra. En la puntuación por subescalas, la más alta resultó ser la de Hiperactivación con una media 4.28, mientras que la escala complementaria obtuvo una media de 4.54. La característica principal de este suceso con respecto a los sujetos de la muestra, nos indica que tienden a experimentar mayores secuelas posteriores al delito como la dificultad de conciliar el sueño y concentración, la irritabilidad, un estado excesivo de alerta y sobresalto a partir del suceso traumático; sin embargo estas secuelas no presentan una dificultad reiterada en su vivenciar, llega a ser poco o mucho por lo que no les representa llevar a cabo sus demás actividades. Por otro lado en las manifestaciones somáticas, se puede encontrar que la baja puntuación en los criterios de evitación y reexperimentación se manifiesta aquí, con dolores de cabeza, taquicardia, sudoración y mareos, por no mencionar otros. La característica principal de este suceso traumático se encuentra en las secuelas a nivel cerebral que derivan por el TEPT (Azcárate, 2007).

En el suceso *muerte de un familiar o ser querido* la puntuación global tiene una media de 11.37, siendo la más alta de todos los sucesos. El criterio que tiene la puntuación más alta del grupo es Hiperactivación, con una media de 4.79 y manifestaciones somáticas de ansiedad con 6.04. A comparación del grupo anterior, las molestias en la población de este suceso no derivan por un cambio en el funcionamiento cerebral o que puedan generar TEPT, ya que siendo un proceso de duelo por la pérdida de un familiar o ser querido, tienen manifestaciones similares y no pueden catalogarse como un TEPT (Navarro, 2006) ya que las manifestaciones de reexperimentación son las más altas de este grupo (3.73). Los criterios como hiperactivación y evitación, así como las manifestaciones somáticas son irrelevantes, por ejemplo, la dificultad para conciliar o mantener el sueño (ítem

13) y la disminución marcada del interés por las cosas (ítem 9) pudiera ser una manifestación de depresión por el duelo; el ítem 14 que refiere a la irritabilidad pudiera ser la fase de enfado del proceso de duelo.

En el tercer grupo perteneciente al suceso *acoso o abuso sexual*, la media de la puntuación global es de 11.24, la segunda más alta de toda la muestra. La subescala con mayor puntuación es el criterio de hiperactivación con 4.12, por lo que las molestias en este grupo de la muestra son más frecuentes con la dificultad para conciliar el sueño y mantener la concentración, la irritabilidad, y un estado excesivo de alerta y sobresalto. Los cambios derivan de la liberación del cortisol y como afecta al funcionamiento del *Hipocampo*, específicamente en éste suceso el estado alerta y sobresalto es el más alto, ya que, las conductas más usuales son de mirar quien se encuentra a su alrededor, se aúnan con la puntuación más alta que es el criterio de evitación, que pueden incluir el evitar actividades lugares o personas, dificultad para recordar sucesos. Las manifestaciones somáticas más usuales en este grupo se dirigen a la sudoración, sofocos, escalofríos, náuseas y dolores de cabeza, entre otros.

En el grupo del suceso *accidente de tráfico*, las puntuaciones son similares en relación con los tres grupos anteriores, por ejemplo la puntuación más alta es la media del criterio de hiperactivación con 3.46, seguida de evitación con 3.31 y reexperimentación con 2.81; las diferencias no son tan elevadas. Dentro de este grupo las principales molestias en los sujetos se dirigen hacia la dificultad para conciliar y mantener el sueño, además de la concentración, explosiones de ira, y situaciones de estados de alerta o sobresalto. En la escala complementaria la media es de 5.69, las puntuaciones de este grupo están dirigidas con mayor frecuencia a que los síntomas se presentan nada y poco en los sujetos.

El siguiente grupo de suceso traumático es *intento de secuestro*, la puntuación más alta es en el criterio de *evitación*, con una media de 3.63, le sigue el criterio de reexperimentación con 3.38 y finalmente el criterio de hiperactivación con 3,00. Las características de los sujetos en este grupo se dirigen hacia las molestias por ahuyentar pensamientos asociados al suceso, evitar actividades, recordar aspectos importantes del suceso, y los que puede tener son desagradables;

manifiestan sueños y malestar psicológico con reactividad fisiológica como sudoración, dolor de cabeza, respiración disnea y dolores en el pecho. Es de mencionar que la puntuación global tiene una media de 6.16, la más baja de todos los sucesos traumáticos, la curva normal en el histograma se dirige hacia la izquierda lo que confirma que las manifestaciones de TEPT ya descritas se manifiestan nada o poco con relación en sus actividades diarias.

El penúltimo grupo pertenece al suceso *extorsión telefónica*, tiene la segunda puntuación global más baja de toda la muestra normativa, con una media de 6.8; la escala con mayor puntuación es la de hiperactivación con 3.00, seguida de reexperimentación con 2.1. En este grupo las características se dirigen hacia los estímulos que ponen en alerta al individuo, como por ejemplo el sonido del timbre en un teléfono genera situaciones como si el sujeto estuviera viviendo el suceso de nueva cuenta y a su vez, esto será generador de reactividad psicológica como el dolor de cabeza, sudoración, además de un reiterado estado de alerta e hipervigilancia. Las puntuaciones se dirigen a la izquierda, lo que, con similitud con los grupos anteriores, las manifestaciones se producen muy pocas veces y no impiden el realizar otras actividades por semana.

El último grupo es la categoría *otros*, se compone de diversos sucesos traumáticos que no pudieron ser agrupados en uno mismo y varían. Respecto a los resultados obtenidos, la media representativa es de 5.7 en el criterio de *evitación*, por lo que a conclusiones generales los individuos de este grupo tienen a manifestar conductas que eviten los pensamientos asociados al suceso, las actividades e interés por realizar determinadas actividades. Es difícil profundizar más a fondo dado que son sucesos distintos.

Para terminar, el grupo por género los síntomas de reexperimentación la media es más alta en el género femenino con 2.66 por 2.19 del masculino, en el rango de evitación el grupo femenino tiene 2.73 a 2.26 del masculino, en la escala de hiperactivación se encontró una ligera similitud, 2.78 en el grupo masculino y 2.72 por el femenino; en la escala complementaria se ve una diferencia de medias, siendo mayor la del grupo masculino con 4.09 por 3.80 del femenino. Sin embargo en la puntuación total (que no incluye la puntuación de la escala complementaria

es mayor en el grupo femenino con una media de 8.04 por 7.18 del grupo masculino, cabe mencionar que en éstas puntuaciones de medias, la desviación típica es la más significativa con respecto a las subescalas. Se puede concluir en el estudio que las diferencias por grupos de género son más prevalentes en el género femenino que en el masculino, esto en similitud con el estudio de Echeburúa, et al (1997).

Respecto a la pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de delito en la ciudad de Puebla?, se concluye que la prevalencia es mínima en cuanto a los criterios que establece el TEPT, sin embargo se encontró la existencia de secuelas menores en las víctimas que se manifiestan poco con relación a sus actividades diarias.

5.3 Recomendaciones

Respecto a la parte de aplicación del instrumento, se recomienda realizar más aplicaciones, ya que en éste caso se hizo de manera breve pero útil; y hacer una comparativa con sujetos con diagnóstico de TEPT, ya que esto no pudo ser por no encontrar esa población en específico, de manera que se pueda aplicar una comparativa con las puntuaciones frente a la muestra normativa.

Respecto a los criterios de validez, se recomienda aplicar el instrumento en otros estudios con mayor profundidad, se apliquen pruebas de fiabilidad como test re-test y observar el comportamiento de las variables, como se ha hecho en España con Echeburúa, et al (1997), es importante recordar que este estudio es de carácter exploratorio y nos brinda un panorama cercano al fenómeno de estudio.

Generar estudios que brinden una dimensión más amplia del fenómeno, desde los grupos de edad hasta la frecuencia de los delitos, con la misma cantidad de individuos por grupo, y de otras partes de la república; ya que no se pueden realizar conclusiones objetivas a partir de éste estudio porque no representa a toda la población, el comportamiento de la variable puede cambiar. Sería interesante aplicar el instrumento con sujetos en donde el suceso es reciente en

comparativa con los que es mayor a tres meses, para corroborar los criterios diagnósticos del TEPT con la eficacia del instrumento.

Respecto a los resultados obtenidos, así como un breve perfil de manifestaciones por suceso traumático, con base a los elementos que componen al instrumento se recomienda que:

- Generar modelos de atención a víctimas basados en el modelo asistencial-terapéutico de acuerdo a la Victimología, en similitud como las intervenciones en crisis, pero que estos tengan el objetivo de reducir las secuelas del suceso traumático en la brevedad (por ejemplo, el Debriefing psicológico).
- Diseñar técnicas terapéuticas individuales que se dirijan a la atención de las manifestaciones del TEPT acorde a las características de los individuos, sus manifestaciones somáticas, entre otros.
- Concientizar sobre el involucramiento en un proceso terapéutico posterior a ser víctima de un delito, ya sea de manera individual o grupal, así como los beneficios que obtendrán.
- Orientar a las víctimas del delito en el conocimiento respecto a las secuelas que produce determinado suceso traumático, para que se facilite el reconocimiento y el individuo conozca las maneras de abordarlos.
- Proponer un modelo de atención a víctima de delito, específicamente en la evaluación y que contemple los elementos como prevención y atención de secuelas psicológicas posteriores al suceso traumático.
- Indagar sobre otras técnicas de intervención que se adecuen a las características de la víctima, ya que en algunos casos la intervención inicial pudiera no ser útil para el sujeto; esto debido a que las secuelas por los cambios que genera el TEPT a nivel cerebral exigirían otro tipo de intervención, por ejemplo la terapia ocupacional.
- Recurriendo al punto anterior, profundizar en el empleo de la técnica del EMDR de Shapiro con víctimas de delito, para conocer los alcances que pudiera tener con éste tipo de población.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edition 4^o, Revisited.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edition 5^o.

Arce, R. (2007). Evaluación Psicológica en casos judiciales. ¿Es la evaluación clínica tradicional válida para el contexto legal? In "Perspectivas y retrospectivas de la psicología social en los albores del siglo XXI" (pp. 155–162). Madrid: Biblioteca Nueva.

Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., & Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21(2), 241–247.

Azcárate, M. (2007) Trastorno de estrés postraumático: daño cerebral secundario a la violencia (mobbing, violencia de género, acoso escolar). Madrid: Díaz de Santos.

Bados, L., Arturo. (2005). *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Carretero-Dios, Hugo., Pérez, Cristino. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2007) Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. México

De la Rosa Gómez, A., & Cárdenas López, G. (2012). Trastorno por estrés postraumático: eficacia de un programa de tratamiento mediante realidad virtual para víctimas de violencia criminal en población mexicana. *Anuario de Psicología: The UB Journal of Psychology*, 42(3), 337–391.

Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis Y Modificación de Conducta*.

Echeburúa, E., de Corral, P., & Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis Y Modificación de Conducta*,

Echeburúa, E., Corral, P. del, & Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*.

Echeburúa, E., & de Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*.

Echeburúa, E., Muñoz, J. M., & Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

Galain, P. (2012) *La reparación del daño a la víctima del delito*. Valencia: Tirant lo Blanch.

García, E, Lacalle, J. y Pérez-Marqués, A. (2006) La Psicología jurídica-forense y los juicios orales en materia penal: perspectivas, riesgos y desafíos en el caso del México Actual, planteamientos generales. México: Oxford University Press.

García, E. (2010) Fundamentos en Psicología Jurídica y Forense. México : Oxford University Press.

Giner Alegría, C. A. (n.d.). Aproximación psicológica de la Victimología

Hernández, Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación, 6ta edición. México, D.F: McGraw-Hill Education.

Hull, AM. (2002). *Neuroimaging findings in Posttraumatic stress. British Journal of Psychiatry*. 181:102. Vol 110.

Ley reglamento para la protección a víctimas de delitos (2001), ACD: Puebla

Navarro, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. Información Psicológica.

Marchiori, Hilda. (1989). *Personalidad del delincuente*. México: Editorial Porrúa.

Marchiori, Hilda. (2000). Criminología: La víctima del delito. México D.F: Editorial Porrúa.

Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Arias, E., & Palomera, A. (2011). Validación mexicana de la Escala de Estrés Traumático Secundario. *Psicología Y Salud*, 21(1), 5–15.

Medina-Mora Icaza, M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población Mexicana. *Salud Pública de México*.

Medina-mora, M. E., Borges, G., Muñoz Lara, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*.

Mojica, S. A. M., Mendoza, O. M., Guadarrama, R. G., & Ramos Lira, L. E. (2013). Medición del Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Mental*, 36(6), 493–503.

Muñoz, J. M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 61–69.

Peres, JF, Mercante JP, Nasello, AG. (2005). *Resiliencia en Víctima de trauma psicológico*. Revista de Psiquiatría do Rio Grande do Sul, Vol. 27. No. 2.

Pérez, Pámies, M. (1995). *Psicobiología II*. Barcelon: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Procuraduría General de Justicia, (2015). *¿Qué hacer en caso de extorsión telefónica?*. Consultado en http://www.pgjqueretaro.gob.mx/MedidasPrev/Extorsion_Tel.htm por vez última, lunes 14 de Marzo, 2016.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. 23° Edición. Consultado en: www.dle.rae.es por vez última martes 08 de marzo del 2016.

Ritchey, J. Ferris. (2008). Estadística para las ciencias sociales. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.

Rodríguez, L. (2012) Victimología: El estudio de la Víctima. México D.F: Ed. Porrúa.

Rose S, Wessely S. (2006). *Intervenciones psicológicas breves (Debriefing) para la prevención del trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. Rev. Cochrane. No. 3

Van der Kolk. (2000) *PSTD and the nature of trauma. Dialogues in clinical neuroscience. Posttraumatic stress disorder. Vol. 2. No 1.*

Viano, Emilio. (1987). *Violencia, victimización y cambio social*. Ed. Lerner

Vuanello, R. (2003). Exploración sobre el sentimiento de inseguridad en víctimas de delitos contra la propiedad. Capítulo Criminológico, 31, 73–97.

Waller, I. (2013) Derechos para las víctimas del delito: equilibrar la justicia. México, D.F: Instituto Nacional de Ciencias Penales.

ANEXOS

A) Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático (Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

APÉNDICE 1

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO**

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO:

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?:

¿Desde cuándo experimenta el malestar?:

REEXPERIMENTACIÓN

- 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? -----
- 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? -----
- 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? -----

4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:
(Rango 0-15) -----

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? -----

2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? -----

3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----

4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? -----

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? -----

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? -----

7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:
(Rango 0-21) -----

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

- 1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
- 2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? -----
- 3. ¿Tiene dificultades de concentración? -----
- 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
- 5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: -----
(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: -----
(Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo -----
- Dolores de cabeza -----
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) -----
- Dolor o malestar en el pecho -----
- Sudoración -----
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo -----
- Náuseas o malestar abdominal -----
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad -----

- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias) —
- Sofocos y escalofríos —
- Temblores o estremecimientos —
- Miedo a morir —
- Miedo a volverse loco o a perder el control —

Puntuación específica de las manifestaciones

somáticas de la ansiedad: -----

(Rango 0-39)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

SÍ

Agudo (1-3 meses)

Crónico (> 3 meses)

Con inicio demorado

NO

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	

**B) Escala de Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático
(Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)
-Versión aplicada-**

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta Y Sarasua, 1997)

Sexo	Masculino ()	Femenino ()	Edad		N°	
-------------	---------------	--------------	-------------	--	-----------	--

SUCESO TRAUMÁTICO:
¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?
¿Desde cuándo experimenta el malestar?

INSTRUCCIONES: Coloque en cada frase con una X la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

0) Nada	1) Una vez por semana o menos/Poco	2) de dos a cuatro veces por semana/Bastante	3) 5 o más veces por semana/Mucho
----------------	---	---	--

	0	1	2	3
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?				
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerden algún aspecto del suceso?				
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerden algún aspecto del suceso?				

6. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?				
7. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?				
8. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
9. ¿Observa la disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?				
10. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
11. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?				
12. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado?				

negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				
---	--	--	--	--

13. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
14. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?				
15. ¿Tiene dificultades de concentración?				
16. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor) desde el suceso?				
17. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?				

Escala Complementaria: Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso	0	1	2	3
1. Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo				
2. Dolores de cabeza				
3. Palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia)				
4. Dolor o malestar en el pecho				
5. Sudoración				
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo				
7. Náuseas o malestar abdominal				
8. Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad				
9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias)				
10. Sofocos y escalofríos				
11. Temblores o estremecimientos				
12. Miedo a morir				
13. Miedo a volverse loco o a perder el control				

¡¡¡ Gracias por tu participación !!!