

vol. 2 no. 1

Ene -Jun 2018

kankei

Revista sobre familia e
interaccion social

關係

Grupo de Investigacion Interdisciplinar "Perspectiva psicojuridica del
conflicto, la violencia y otras interacciones humanas"

© KANKEI, Revista sobre familia e interacción social

Publicación del Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI.

Volumen 2, Número 1. Primer semestre de 2018.

ISSN

Bogotá, D. C., Colombia

Periodicidad Semestral

Diseño Carátula

Sarah Nathalie Camacho Martínez

Editor: Grupo KANKEI

Todos y cada uno de los textos publicados son propiedad intelectual de sus autores y para nada desacreditan los principios que guían a KANKEI, Revista sobre familia e interacción social, ni comprometen su neutralidad política y religiosa. Pueden utilizarse libremente con intereses académico-educativos e investigativos, siempre que se cite al autor y a la Revista. En cualquier otro caso deberá comunicarse el uso y pedirse autorización al director de la revista. El uso de parte de los artículos, su impresión, copia o cualquier otro tipo de reproducción, obligan al usuario a cumplir con los parámetros internacionales de citación y referenciación. Las opiniones contenidas en los artículos son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente el pensamiento de KANKEI, Revista sobre familia e interacción social.

KANKEI, Revista sobre familia e interacción social

Grupo de Investigación Interdisciplinar “Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas” - Kankei

Director-Editor

Jorge Erwin Camacho Galindo, M.Phil.

Director y Fundador del Grupo de Investigación Interdisciplinar “Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas”.

Comité Ético Científico

Roberto Sicard León, M.PsyFor.

Miembro Fundador del Grupo de Investigación Interdisciplinar “Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas”.

Jorge Erwin Camacho Galindo, M.Phil.

Investigador activo del Grupo de Investigación Interdisciplinar Kankei.

Daniela Catalina Sánchez Castilla, Esp.PsyFor.

Miembro Fundador del Grupo de Investigación Interdisciplinar “Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas”.

Comité Editorial

Daniela Catalina Sánchez Castilla, Esp.PsyFor.

Investigadora activa del Grupo de Investigación Interdisciplinar Kankei.

Hernando Iván Padilla Luna, M.Sc.

Investigador activo del Grupo de Investigación Interdisciplinar Kankei.

Jorge Erwin Camacho Galindo, M.Phil.

Investigador activo del Grupo de Investigación Interdisciplinar Kankei.

Producción Editorial

Jorge Erwin Camacho Galindo, MPhil
Director Revista KANKEI

Roberto Sicard León, MPsy
Coordinador del Comité Ético Científico

Daniela Catalina Sánchez Castilla, Psy
Coordinadora Asuntos Internacionales

Ángela Yamile Villamil León, MPsy
Coordinadora Relaciones Interinstitucionales

Hernando Iván Padilla Luna, MSc
Coordinador de Redacción y Métodos

David Felipe Herrera Martínez
Coordinador de Procesos y software

Sarah Nathalie Camacho Martínez
Coordinadora de Diseño y Medios Audiovisuales

Susana Gutiérrez Castiblanco
Coordinadora de Publicidad e Impacto

Comité Científico Internacional

El Comité Científico de *KANKEI, Revista sobre familia e interacción social*, es un equipo de profesionales de distintas nacionalidades y campos de conocimiento, interesados en los temas de la familia y la interacción social, violenta y no violenta. Algunos de ellos son reconocidos miembros de los consejos de redacción de otras revistas científicas. Al configurar un grupo de expertos en la materia, pueden proponer artículos para revisión, revisar manuscritos presentados por distintos autores (en ningún caso los propuestos por ellos mismos), presentar candidatos a revisores o pares académicos, asesorar sobre los criterios y objetivos de la revista, participar como editores invitados, identificar temas para números especiales de la revista, atraer a nuevos autores e instituciones. Además, pueden configurar equipos de editores asociados en áreas o temáticas muy específicas.

KANKEI, Revista sobre familia e interacción social, inició la conformación de su Comité Científico Internacional en mayo de 2016 y comenzará su recambio consecutivo, empezando por el más antiguo de sus miembros, una vez se complete un equipo de 15 profesionales y, después de ello, reemplazará a quienes completen tres años o a quienes renuncien a su privilegio antes de completar este período. Cada reemplazo se realizará inmediatamente, sin paralizar las actividades editoriales.

Pares Académicos

KANKEI, Revista sobre familia e interacción social, garantiza que cada propuesta será sometida a la evaluación de un Par Académico, nacional o internacional, experto en el área, enfoque o énfasis que guía la disertación o investigación sometida a revisión. En cada revisión, los Pares Académicos serán nombrados por el Comité Editorial según sugerencia del Comité Científico Internacional y de pares evaluadores anteriores, pero guardando el anonimato tanto del par como del autor (proceso de doble ciego). Cualquier controversia surgida por razón de la evaluación de una disertación o investigación sometida a revisión, será dirimida por un (1) miembro del Comité Ético Científico, un (1) miembro del Comité Científico Internacional y uno (1) del Comité Editorial quienes conformarán un tribunal decisorio.

La Revista KANKEI agradece a los pares académicos evaluadores de los artículos que conforman el Segundo Volumen publicado.

Tabla de Contenido

2017 (enero-junio) Volumen 1, Número 1

1. Presentación.

Páginas 9-10.

2. Artículos / Articles / Artigos

Use of the Psychological Autopsy Technique in Determination of Doubtful Death.

Uso de la técnica de autopsia psicológica en la determinación de la muerte dudosa.

Uso da técnica de autópsia psicológica na determinação da morte duvidosa.

Camacho-Galindo, Jorge Erwin

Páginas 11-32.

Parental alienation. A form of child violence.

Alienación parental. Una forma de violencia infantil.

Alienação parental. Uma forma de violência infantil.

Camacho-Galindo, Jorge Erwin

Páginas 33-45.

Secondary Prevention of Adolescent Drug Use with the Transtheoretical Model of Change.

Prevención secundaria del consumo de drogas en adolescentes con el modelo transteórico de cambio.

Prevenção Secundária do Uso de Drogas por Adolescentes com o Modelo Transteórico de Mudança.

Gutiérrez-Castiblanco, Susana & Muñoz-Salamanca, Nicolás Felipe

Páginas 46-65.

Forensic neuropsychology and the resolution of criminal-legal conflicts.

La neuropsicología forense y la resolución de conflictos jurídicos.

Neuropsicologia forense e a resolução de conflitos jurídico-criminais.

Camacho-Galindo, Jorge Erwin

Páginas 66-96.

Presentación del Segundo Volumen

Nos complace presentar el segundo volumen de *Kankei, Revista sobre familia e interacción social*, una publicación que reafirma nuestro compromiso con el estudio y la difusión del conocimiento sobre la familia como núcleo fundamental de la sociedad y la interacción como componente esencial del ser humano. Desde la publicación de nuestro primer volumen en 2017, hemos continuado explorando y profundizando en estos temas, reconociendo su importancia y relevancia en el contexto actual.

En este segundo volumen, publicado en 2018, hemos reunido una serie de artículos que abordan cuestiones críticas y contemporáneas relacionadas con la familia y la interacción humana. Cada uno de estos trabajos ofrece una perspectiva única y valiosa, contribuyendo al entendimiento y la reflexión sobre temas que afectan directamente a nuestras comunidades y a la sociedad en general.

Uno de los artículos destacados en este volumen es el que trata sobre la **Autopsia Psicológica**. Este estudio se centra en la metodología utilizada para reconstruir el perfil psicológico de una persona fallecida, con el objetivo de entender mejor las circunstancias y factores que llevaron a su muerte. La autopsia psicológica se ha convertido en una herramienta crucial en el campo de la psicología forense, proporcionando insights que pueden ser vitales para investigaciones judiciales y para la prevención de futuros incidentes.

Otro tema de gran relevancia abordado en este volumen es el de la **Alienación Parental**. Este fenómeno, que puede tener profundas implicaciones en el bienestar emocional y psicológico de los niños, es analizado desde diversas perspectivas. Los artículos incluidos examinan las dinámicas familiares que pueden conducir a la alienación

parental, así como las estrategias de intervención y apoyo que pueden ayudar a mitigar sus efectos negativos.

La **Prevención del Consumo de Drogas** es otro de los temas centrales de este volumen. En un mundo donde el consumo de sustancias psicoactivas sigue siendo una preocupación significativa, es esencial entender las estrategias más efectivas para prevenir este comportamiento, especialmente entre los jóvenes. Los artículos presentados ofrecen un análisis detallado de programas de prevención, políticas públicas y enfoques comunitarios que han demostrado ser exitosos en diferentes contextos.

Finalmente, este volumen incluye un artículo sobre **Neuropsicología Forense**, un campo que combina la neurociencia y la psicología para entender cómo las disfunciones cerebrales pueden influir en el comportamiento criminal. Este estudio proporciona una visión profunda de cómo las evaluaciones neuropsicológicas pueden ser utilizadas en el sistema judicial para informar decisiones sobre responsabilidad penal y capacidad mental.

Esperamos que este segundo volumen de *Kankei, Revista sobre familia e interacción social*, sea una fuente de conocimiento y reflexión para nuestros lectores. Agradecemos a todos los autores y colaboradores por sus valiosas contribuciones y a nuestros lectores por su continuo apoyo. Juntos, seguimos avanzando en la comprensión de la familia y la interacción humana, pilares fundamentales de nuestra sociedad.

Roberto Sicard León

Editor Invitado

Articles / Artículos / Artigos

Uso de la técnica de Autopsia Psicológica (AP) en la determinación de la muerte dudosa¹

Jorge Erwin Camacho Galindo, Ph.M.

*Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica
del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI*
<https://orcid.org/0000-0002-4024-5139>

Resumen

Colombia es un Estado social de derecho que garantiza la igualdad y protección de sus ciudadanos, combatiendo desigualdades sociales y económicas. La Ley 906 de 2004 regula la evidencia en juicios penales, incluyendo la prueba pericial y la Autopsia Psicológica (AP), utilizada para investigar suicidios, muertes accidentales y homicidios. La AP es una técnica retrospectiva que reconstruye el estado mental de una persona antes de su muerte mediante entrevistas y análisis de documentos personales. Es realizada principalmente por psiquiatras y psicólogos forenses, aunque investigadores privados o policiales también pueden participar. Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas son esenciales, aunque no requieren validación formal. Diversos protocolos y herramientas, como la Entrevista Cognitiva y la Escala de Intención Suicida de Beck, se utilizan en la AP para evaluar factores psicológicos y sociales. El Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) evalúa dimensiones mentales, afectivas, psicosociales e interpersonales del fallecido para evitar sesgos y subjetividad, involucrando la visita a la escena del crimen y entrevistas a conocidos de la víctima.

Palabras clave: Psicología forense, autopsia, determinación de la muerte.

¹ Artículo de reflexión desarrollado como base para discusión dentro del semillero de estudiantes investigadores adscritos al grupo Kankei; una copia completa o parcial de este documento pudiera rastrearse en internet.

How to cite this article: Camacho-Galindo, J. E. (2018). Uso de la técnica de Autopsia Psicológica (AP) en la determinación de la muerte dudosa. *KANKEI, Revista sobre familia e interacción social*, 2(1), 11-32.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jorge Erwin Camacho Galindo (<https://orcid.org/0000-0002-4024-5139>); Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI. e-mail: direccion@investigacion-kankei.com

The views expressed here are those of the authors. Except where otherwise noted, the articles in this journal are of Free Content and Non Commercial Version.

DESCRIPTIVE REVIEW ARTICLE

RECEIVED: MAY 15, 2017–ACCEPTED: NOVEMBER 30, 2017

Abstract

Colombia is a social state governed by the rule of law that guarantees equality and protection for its citizens, combating social and economic inequalities. Law 906 of 2004 regulates evidence in criminal trials, including expert evidence and the Psychological Autopsy (PA), used to investigate suicides, accidental deaths, and homicides. The PA is a retrospective technique that reconstructs a person's mental state before their death through interviews and analysis of personal documents. It is mainly conducted by psychiatrists and forensic psychologists, although private or police investigators can also participate. Structured and semi-structured interviews are essential, although they do not require formal validation. Various protocols and tools, such as the Cognitive Interview and the Beck Suicide Intent Scale, are used in the PA to assess psychological and social factors. The Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI) evaluates the mental, affective, psychosocial, and interpersonal dimensions of the deceased to avoid biases and subjectivity, involving crime scene visits and interviews with the victim's acquaintances.

Keywords: Forensic Psychology, Autopsy, Death.

Introducción

La obducción, examen post mortem o *autopsia* (usando un término más preciso *necropsia*), es básicamente un procedimiento médico que implica la disección del cuerpo después de la muerte; esto, con el objetivo de obtener información anatómica detallada sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que el individuo padeció en vida y lo llevó a la muerte; tras este examen es posible formular un diagnóstico médico final o definitivo, aclarando observaciones clínicas dudosas e incluso evaluando tratamientos anteriores.

Así, la necropsia o autopsia tiene por objetivo: Determinar la causa de la muerte o identificar la razón específica de fallecimiento del individuo. Además, analizar el estado de salud previo a la muerte y verificar lo adecuado de un diagnóstico médico y su tratamiento. También, clarificar muertes sospechosas o no naturales, como la muerte súbita y otras similares.

Finalmente, cuando está autorizada por el fallecido o sus familiares, la autopsia puede realizarse con fines educativos o de investigación científica.

Entonces, la autopsia desvela los misterios del cuerpo después de la muerte, proporcionando información crucial para la medicina y la comprensión de las condiciones de salud y enfermedad. Pero ¿qué se puede decir de la Autopsia Psicológica? Desde que nació este concepto, en Estados Unidos a finales de los años cincuenta, con el interés de estudiar las muertes dudosas en el centro de investigación de suicidios de California, surgió como un método investigativo retrospectivo de las características de personalidad y condiciones de vida de un individuo que ha muerto en extrañas circunstancias, como un suicidio que deja dudas (Soto, 2014; García, 2008; Jiménez, 2001; Litman, 1989). El término Autopsia Psicológica (AP) fue acuñado por Farberow, Litman y Schneidman en el Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (Litman, Curphey, Shneidman, Farberow & Tabachnick, 1963).

Aspectos legales relacionados con el uso de la AP en Colombia

Según su Constitución Política, Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y en la prevalencia del interés general (Artículo 1). Además, en Colombia “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación (Artículo 13).

La Corte Constitucional Colombiana afirmó a través de la Sentencia de Tutela 426 de 1992, que el Estado social de derecho hace relación a esa forma de organización política que tiene como uno de sus objetivos combatir las carencias económicas o sociales y las desventajas de diversos sectores, grupos o personas de la población nacional, prestándoles asistencia y

protección; no se trata de un asistencialismo enfocado en los más desfavorecidos en las épocas de crisis económicas, sanitarias, climáticas o de orden público, sino en la búsqueda de lograr y mantener la garantía de una igualdad real ante la ley.

En Colombia, la Ley 906 de 2004 establece qué se considera como elementos materiales probatorios y evidencia física en las investigaciones y juicios penales (Artículo 275). Estos elementos deben cumplir con la Constitución, los tratados internacionales de derechos humanos vigentes en Colombia y las leyes (Artículo 276). Se presume su autenticidad si son detectados, fijados, recogidos y embalados técnicamente, y si siguen las reglas de cadena de custodia (Artículo 277). Colombia, al igual que muchos otros países, permite una amplia gama de pruebas siempre que no violen los derechos humanos ni la dignidad humana (Artículos 1 y 373). Además, las pruebas deben estar relacionadas directa o indirectamente con los hechos del delito, sus consecuencias, la identidad o responsabilidad del acusado, o la credibilidad de testigos o peritos (Artículo 375).

De igual manera, la mencionada Ley 906 de 2004 establece que la prueba pericial, basada en conocimientos técnicos, científicos o especializados, es válida cuando se requieren evaluaciones específicas (Artículo 405). Además, para que una opinión pericial sobre nuevos conocimientos sea aceptada en juicio, debe cumplir ciertos criterios científicos o técnicos (Artículo 422). Esto es relevante porque la AP es un procedimiento científico que permite reconstruir la personalidad de una persona fallecida, describiendo su estado psicológico antes de morir. (Fumadó & Gómez, 2017; Ceballos, 2015; Figari, 2015; Ricardo & Ciselli, 2012; Egea, 2011; Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010; García, Palacio, Diago, Zapato, López, Ortiz & López, 2008; Torres & Manzo, 2004; Jiménez, 2001).

De manera particular en Colombia, la AP, se utiliza, aunque poco, en casos de suicidio o sospecha de suicidio. La Sentencia T-708/10 de la Corte Constitucional, analizó la posible

vulneración de derechos constitucionales fundamentales al debido proceso, a la vida, a la honra, al buen nombre y al acceso a la administración de justicia, toda vez que la Fiscalía se inhibió de abrir instrucción penal por la muerte del joven Mauricio Correa Quintero, tras considerar que la prueba balística y la AP realizada señalaban acciones de autolesión en una conducta suicida; finalmente, la Corte dejó en firme la sentencia proferida.

Otro caso conocido en el que se aplicó la AP durante la investigación fue en 2014 por el suicidio del joven Sergio David Urrego Reyes, quien recibió presiones y discriminación debido a su orientación sexual por parte de su colegio. Este asunto también llegó a la Corte Constitucional, aunque en su momento se ocupó del derecho a la identidad sexual y de género, del hostigamiento o acoso escolar “matoneo” ejercido por autoridades educativas y no de la AP propiamente dicha (Sentencia T-478/15).

Definición de AP

Shneidman (1994; 1981), considerado uno de los pioneros en el estudio de la AP, la define como una técnica retrospectiva que busca reconstruir el estado mental de una persona antes de su muerte, mediante la recopilación de información de diversas fuentes, como entrevistas con familiares y amigos, y el análisis de documentos personales.

En lo que se relaciona específicamente con el suicidio, la AP es el medio para la evaluación de factores psicológicos y eventos estresantes; la evaluación de la historia de vida, los eventos estresantes recientes y los trastornos mentales presentes para entender las circunstancias y factores psicológicos que llevaron a una persona a suicidarse.

Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek & Leenaars (2012), así como Litman (1989), amplían la definición al considerar la AP como una herramienta que no solo se utiliza para investigar suicidios, sino también para esclarecer muertes accidentales y homicidios; el método

implica un análisis detallado de la personalidad y el comportamiento de la persona fallecida, así como de los factores sociales y ambientales que pudieron influir en su muerte.

Precisamente, la AP es aquella que se centra en reconstruir los rasgos sobresalientes de la vida de una persona para comprender su personalidad y las situaciones psicológicas que experimentó, así como el rol jugado por tales “vivencias” y rasgos en las circunstancias de su muerte. Pero la AP va más allá de las circunstancias mentales al momento de la muerte; según Jiménez (2001), la AP no se limita a tal aproximación, sino que también es útil para investigar conductas o acciones significativas durante la vida de “personas importantes”.

En todo caso, la AP es un método sistemático utilizado para investigar las circunstancias psicológicas y contextuales que preceden a la muerte (Conner, Beautrais, Brent, Conwell, Phillips & Schneider, 2012); consiste en una especie de recopilación multidisciplinaria de toda la información disponible sobre el fallecido, a través de entrevistas estructuradas y semiestructuradas con familiares, parientes, amigos, personal médico, aunadas a la revisión del historial clínico, los registros psiquiátricos y los informes de exámenes forenses.

Aunque pareciera evidente la distancia técnica entre la autopsia médica (en algunos lugares llamada autopsia clínica o necropsia forense) y la AP, sus objetivos son distintos; la necropsia busca proporcionar una explicación biológica o patológica de la muerte, como enfermedades, traumas o intoxicaciones, mientras que el objetivo de la AP es el de reconstruir el estado mental y los factores psicológicos que pudieron influir en la muerte, especialmente en casos de suicidio o muertes dudosas; además de obtener una visión precisa de las condiciones de vida, los rasgos de personalidad y el estado mental, es importante determinar los posibles tratamientos proporcionados por los centros de salud antes del “supuesto suicidio”.

De otro lado, la Autopsia Médica se centra en el examen físico del cuerpo para determinar la causa de la muerte a través de procedimientos que incluyen la disección del cuerpo

y el análisis de órganos y tejidos para identificar enfermedades, lesiones o condiciones médicas que pudieron contribuir al fallecimiento. A su vez, la AP, se enfoca en los aspectos emocionales, comportamentales y sociales de la persona fallecida, siguiendo un procedimiento que involucra entrevistas con familiares, amigos y conocidos, revisión de documentos personales (como diarios y cartas), y evaluación de antecedentes médicos y psiquiátricos.

Usos y aplicaciones

En el ámbito forense, la AP se utiliza para analizar las circunstancias de la muerte de una persona. En casos de muertes violentas, como homicidios, suicidios o accidentes, puede haber dudas sobre la causa de la muerte, lo que lleva a la necesidad de obtener datos psicológicos del fallecido para esclarecer los hechos. La AP se creó para aplicarse en situaciones donde la causa de la muerte no es clara. Además de ayudar a esclarecer estos casos, este método es una herramienta valiosa en la investigación en psicología y criminología (Jiménez, 2001; Beskow, Runerson & Asgard, 1990). El método de la AP se ha utilizado en la ciencia forense tanto en juzgados y tribunales penales como civiles (Knoll, 2008; Snider, Hane & Berman, 2006; Isometsä, 2001; Litman y cols., 1963). Por ejemplo, para determinar las facultades mentales previas al fallecimiento en caso de impugnación del testamento del causante; también frente a la existencia de un seguro de vida, suele ser muy importante determinar con claridad las causas de la muerte, ya que de ello dependerá el pago del deducible o indemnización.

También se puede usar en estudios de victimología para determinar hasta qué punto la víctima pudo haber influido en las circunstancias de su muerte, colocándose en una situación que podría haber evitado. En la investigación de muertes violentas, analizar el estado mental de la víctima puede proporcionar datos importantes para la prevención y predicción de estos

eventos. Así, la AP puede ser crucial para establecer políticas de prevención en casos de suicidio, homicidio o accidentes (Caman, Howner, Kristiansson & Sturup, 2016; Jiménez, 2001).

Finalmente, el estudio psicológico de una víctima de suicidio y la comprensión de su estado mental en el momento de su muerte pueden ofrecer información terapéutica para familiares y allegados, e incluso para la comunidad. La experiencia indica que durante la realización de una AP, se pueden identificar familiares y allegados con depresión o riesgo suicida y ofrecerles tratamiento (Chachamovich, Haggarty, Cargo, Hicks, Kirmayer & Turecki, 2013; De Leo, Draper, Snowdon & Kølves, 2013; Capaldi, Knoble, Shortt & Kim, 2012; Knoll, 2008; Isometsä, 2001).

Métodos y procedimientos

Debido a que la AP no nació en el ámbito forense, sino de la mano del interés clínico alrededor de la problemática del suicidio, su aplicación a casos en los que la forma de muerte resulta dudosa, especialmente respecto de muertes violentas, resultan relevantes no sólo los datos psicológicos, sociales, médicos y de relación que ayuden a esclarecer si las circunstancias de muerte pueden corresponder con un homicidio, un suicidio o un accidente, sino los métodos, procedimientos, técnicas y estrategias usadas para tal recolección y análisis, ya que esto le da su carácter científico y dota a la AP de un sustento pertinente para la decisión en estrados judiciales.

La entrevista es uno de los elementos centrales del ejercicio pericial en Psicología Forense y, por ende, una de las técnicas clave en la AP. Debido a que existen demasiados procedimientos para realizar la AP, el número de entrevistadores, el tipo de entrevistados, la duración de la entrevista y el método de su administración, también pueden variar significativamente. Debido a la susceptibilidad de la información a recolectar, el intervalo de

tiempo entre el caso (suicidio, homicidio, accidente) y la entrevista con terceros debiera ser lo más corto posible. Los estudios especifican que las entrevistas se realizan, en promedio, entre dos y siete meses después del suceso (suicidio, homicidio, accidente), pero en varios casos han transcurrido más de cuatro años antes de realizart la primera entrevista (Lyu & Zhang, 2014; Zhang, Xiao & Zhou, 2010; Schneider, Schnabel, Wetterling, Bartusch, Weber & Georgi, 2008; Hawton, Malmberg & Simkin, 2004).

Infortunadamente, a nivel mundial, no existe una única forma de realizar las entrevistas forenses y aún falta camino para llegar a un acuerdo sobre el contenido principal de las mismas; incluso la construcción de los “cuestionarios” no obedece a un protocolo particular. Generalmente, las entrevistas usadas en la AP proceden de cuestionarios semiestructurados diseñados de acuerdo con una situación cultural y económica particular; a veces se someten al escrutinio previo de pares investigadores, psiquiatras, psicólogos. En general, los informantes son familiares, personas que conocía bien al fallecido y algunos profesionales de la salud especialmente aquellos que le atendieron durante el último año antes de la muerte (Hawton y cols., 2004).

Cuando están disponibles las historias clínicas, siempre se examinan tales registros médicos, con mayor interés en las notas de seguimiento o evolución psiquiátricas; las decisiones e intervenciones en centros de atención primaria y de emergencia también resultan relevantes para los casos estudiados con AP. Aunque en el tema de las historias clínicas se viene mejorando ya hace una década, aún en Latinoamérica es bastante difícil contar con un historial médico (físico y psicológico), completo que incluya los aspectos de salud presentados por el fallecido incluso desde cuando estaba recién nacido y que permita realizar una trazabilidad de la enfermedad o trastorno que pudo llevarlo a la muerte.

En algunos casos y especialmente en Latinoamérica, el experto que aplicará el método AP, arriba cuando ya existe un expediente investigativo adelantado que debe ser tenido en cuenta como fuente de información para su análisis. Sin embargo, no siempre acudir a los resultados de la investigación policial genera claridad en las causas de muerte del occiso, menos aún cuando se trata de casos en los que se puede sospechar la presencia de aspectos psicológicos o emocionales desencadenantes.

Instrumentos

En cuanto a las entrevistas estructuradas y semiestructuradas, estas pueden resultar en instrumentos valiosos siempre y cuando se tengan en cuenta los parámetros que ha ido aportando la investigación desde diversos campos (Galletta, 2013; Baumbusch, 2010; DiCicco & Crabtree, 2006; Dearnley, 2005; Fylan, 2005); también es viable el uso de entrevistas estructuradas (Ellis, West, Ryan, & DeShon, 2002). Valga aclarar que las entrevistas no son instrumentos de medición y evaluación, por lo cual no requieren validación, confiabilidad, ni mucho menos estandarización o baremación.

Aún a costa de lo antes mencionado, algunos investigadores (quienes han publicado sus estudios), han aplicado protocolos de entrevista, generalmente, derivados de otros protocolos utilizados con frecuencia para la entrevista semiestructurada o incluso entrevistas semiestructuradas nacidas en un contexto específico. Por ejemplo, la Entrevista Cognitiva (con serias variaciones), la versión modificada del Programa de Eventos Vitales de Paykel (1983), la entrevista criminológica y policiva, la entrevista del Proyecto Nacional Finlandés de Prevención del Suicidio (Henriksson, Aro, Marttunen, Heikkinen, Isometsa, Kuoppasalmi & Lonnqvist, 1993), la versión modificada del programa desarrollado por Appleby, Cooper, Amos & Faragher (1999), la entrevista semiestructurada de Houston, Hawton, & Shepperd (2001), la entrevista

semiestructurada para poblaciones adultas, la Entrevista en Profundidad (Minichiello, Aroni, Timewell & Alexander, 1992), la Entrevista Focalizada (Merton, 2008).

Por otro lado, son variados los instrumentos usados en la AP. Entre los comunes se encuentran: La Lista de Verificación de Conducta Infantil (CBCL; Achenbach, 1991), que consta de 112 ítems problemáticos; la Escala Semiestructurada de Intención Suicida de Beck (1979), de 15 ítems; el cuestionario de Experiencias de Cuidado y Abuso en la Niñez (CECA; Brown y Harris, 1994); la Escala de Acontecimientos y Dificultades de la Vida (LEDS; Brown y Harris, 1978); el Índice de Apoyo Social de Duke (DSSI; 1980) de 23 ítems; la Entrevista para Eventos Vitales Recientes (IRLE; Paykel, McGuiness & Gómez, 1976; Paykel, Prusoff & Uhlenhuth, 1971); la Escala de Reajuste Social (SRRS; Holmes y Rahe, 1967).

Quién realiza la AP

A nivel mundial, dos profesionales son los llamados a realizar una AP, aunque en algunos países y bajo ciertas circunstancias, podría aparecer un tercer responsable de su realización; psiquiatras y psicólogos forenses son generalmente los encargados, aunque un investigador privado o policial podría asumir esta tarea. Un perito psicólogo es un profesional de la psicología que, mediante su conocimiento y experiencia, asiste en procesos judiciales para ayudar a los jueces a tomar decisiones informadas. Su labor principal es evaluar el estado psicológico y emocional de la persona fallecida a través, como ya se mencionó antes, de entrevistas a familiares y cercanos, análisis de la escena de la muerte, análisis de documentos y expedientes, aplicación de instrumentos y seguimiento de un protocolo de AP.

En relación con la AP, el experto en psicología o psicólogo forense debe realizar una Evaluación Psicológica (entrevistas, pruebas y protocolos psicológicos, análisis documental), para evaluar la salud mental y emocional de la persona fallecida. Con la información recolectada

y el estudio del caso particular a la luz de la literatura científica (en salud mental), de los procedimientos reconocidos por la comunidad psicológico-forense y siguiendo los lineamientos éticos de la profesión a nivel nacional e internacional, debe cumplir con la Elaboración de un Informe Pericial detallado en que presentará su procedimiento, instrumentos, análisis de caso particular, conclusiones y recomendaciones dirigidas a una instancia judicial. Una vez su informe sea admitido como prueba, el perito psicólogo forense, se presentará a una audiencia para rendir Testimonio en Juicio para presentar y sustentar la evaluación realizada y sus conclusiones.

En opinión de un buen número de profesionales de la psicología en Colombia, contrario a lo que la ley y la costumbre ha perpetuado durante décadas, no cualquier psicólogo graduado de cualquier facultad puede fungir como perito psicólogo. Aunque suene obvio, obtener un grado o licenciatura en Psicología es el primer requisito fundamental. La formación universitaria de pregrado o licenciatura proporciona los conocimientos básicos necesarios en el campo de la psicología, pero no los suficientes como para presentarse como “experto de la psicología”.

Luego de esto, es recomendable realizar un posgrado (véase la Tabla 1.) o cursos especializados en psicología forense o legal o jurídica o criminológica (todo depende del país y sus énfasis); generalmente, estos programas profundizan en las técnicas y metodologías específicas utilizadas en el ámbito jurídico-judicial. Realizar Prácticas supervisadas en el campo de la psicología forense es crucial; tales prácticas permiten adquirir experiencia práctica y aplicar los conocimientos teóricos en casos reales; felizmente, en Colombia y otros países se ha ido eliminando el requisito de grado consistente en una tesis, tesina o escrito y se ha venido optando (mucho más en posgrado), por la realización de prácticas supervisadas que permiten al profesional, ganar la experticia para su desenvolvimiento en el campo forense de la psicología.

En varios países, es necesario obtener una Certificación Oficial o privada para ejercer como perito psicólogo; en algunos casos, esto implica aprobar un examen de estado o una cualificación privada; también estar afiliado a un colegio oficial o una agremiación profesional de psicólogos resulta relevante para el ejercicio de la psicología forense. Esto no debe ser confundido con tener “un respaldo” o con aparecer en un listado de miembros, sino que debe garantizar un Desarrollo Profesional Continuo, toda vez que la psicología forense es un campo en constante evolución y requiere del experto mantenerse actualizado con las últimas investigaciones, técnicas y normativas legales mediante la participación en cursos, seminarios y conferencias.

Tabla 1.

Niveles de profundización en estudios posteriores al pregrado o licenciatura en psicología.

Nivel	Objetivo	Duración	Profundidad	Requisitos	Ejemplo
Posdoctorado	Realizar reflexiones e investigaciones avanzadas y supra-especializadas.	De 1 a 3 años.	Investigación de alto nivel, a menudo en colaboración con instituciones.	Título de doctorado.	Posdoctorado en: ✓Ps.Clínica/Forense ✓Neuropsicología ✓Neurociencia Cognitiva
Doctorado	Formar investigadores capaces de realizar aportes originales y significativos en su campo de estudio.	De 3 a 5 años; hasta 7 años.	Altamente enfocado en la investigación y la producción de publicaciones; requiere de una tesis doctoral.	Título de maestría (en ciertos casos, se valida experiencia y publicaciones).	Doctorado en: ✓Psi. Jurídica y Forense; ✓Psi. con o sin énfasis en Clínica/Forense ✓Neuropsicología cognitiva
Maestría	Ofrecer formación avanzada y profunda en una disciplina o área interdisciplinaria.	De 1 a 2 años; hasta 3 años.	Incluye tanto teoría como práctica, y suele requerir un proyecto final o tesis.	Título de pregrado o licenciatura; en algunos casos entrevista y CV.	Maestría en: ✓Psi. Jurídica y Forense; ✓Psi. Clínica con o sin énfasis forense
Especialización	Proporcionar conocimientos y habilidades específicas en un área particular de una profesión.	De 6 meses a 1 año; hasta 2 años.	Enfocada en aspectos prácticos y técnicos.	Título de pregrado o licenciatura.	Especialización en: ✓ Psi. Jurídica y Forense ✓ Psi. Jurídica y Criminológica ✓ Psi. Forense y Criminal

Nota: Tabla elaborada a partir de la información disponible en las páginas web universitarias.

En consecuencia, con las exigencias del encargo psicojurídico, el perito psicólogo debe poseer una combinación de habilidades técnicas y personales para desempeñar su labor de manera efectiva. Debe tener una comprensión profunda de las teorías y prácticas psicológicas, así como de las técnicas de evaluación y diagnóstico; esto es, conocimientos sólidos en psicología por lo cual debe superar el mero nivel de pregrado o licenciatura (Vázquez, 2014; Burón, 2003).

Debe desarrollar capacidad analítica, ya que es esencial poder analizar y sintetizar información compleja para llegar a conclusiones precisas y fundamentadas. Como de nada sirve “pensar sin comunicar”, debe contar con excelentes habilidades de comunicación que le permitan redactar informes claros y concisos, y dar explicaciones de sus hallazgos de manera comprensible tanto en escritos como en testimonios orales ante el ente judicial.

Adicionalmente, debe manejar un alto nivel de objetividad e imparcialidad; abstenerse de “tomar postura” o “agarrar bandera”; no puede convertirse en el “adalid” de una causa o el representante de un grupo o una teoría; un perito psicólogo debe mantener una postura neutral y basar sus conclusiones únicamente en los datos recopilados y la evidencia (especialmente científica ya que no está llamado a juzgar jurídicamente). Aquí se une el alto sentido ético-profesional que debe superar su propia postura religiosa o espiritual; debe adherirse a los principios éticos de la psicología, defender la confidencialidad y respetar los derechos de las personas evaluadas (Aguirrezabal, 2011; Urra, 2010).

En lo personal y emocional debe desarrollar una buena capacidad de resiliencia ya que trabajar en casos judiciales y en entornos jurídico-legales es emocionalmente demandante; su trabajo tiende a ser física y emocionalmente agotador (muy similar al caso del personal clínico y sanitario), ya que trabaja en un contexto con alto nivel de estrés que deriva en problemas conductuales, emocionales y de salud (burnout, ansiedad, depresión, etc.; Ortega & López,

2004; Benevides, Moreno, Garrosa & Gonzalez, 2002). De ahí la importancia de que el perito psicólogo pueda manejar el estrés y mantener la calma bajo presión. A esto se suma el desarrollo de habilidades interpersonales y la capacidad de establecer una buena relación con los evaluados lo que es crucial para obtener información precisa y completa durante las entrevistas.

Aunque no es necesario ser abogado, es útil tener un entendimiento básico del sistema legal y de cómo se utilizan las evaluaciones psicológicas en los procesos judiciales; tener claridad en lo sustancial y gran entendimiento en lo procesal. Si bien ya se superó la antigua creencia, propia de los años 90, según la cual el psicólogo jurídico era 50% psicólogo y 50% abogado (mejor si cursaba ambas profesiones), sigue siendo relevante el conocimiento amplio y suficiente de los elementos jurídico-legales de cada caso evaluado.

Técnica MAPI

El modelo de AP integrado o técnica MAPI se trata de un protocolo que consta de una entrevista que evalúa diferentes dimensiones en relación al individuo sobre el que se perita. El objetivo principal es extraer una representación fiel, poco sesgada y evitar la subjetividad en la evaluación.

Las dimensiones tratadas con mayor importancia son la Mental, Afectiva, Psicosocial e Interpersonal. Con este proceso se trata de dar respuesta a los vacíos de distintos ámbitos de la personalidad del individuo: inteligencia y juicio, estados de ánimo, relaciones sociales y términos en los que se han desarrollado, antecedentes de personas en la vida del individuo.

Para iniciar dicho proceso el primer paso es acudir a la escena del crimen. La presencia del psicólogo forense en la escena del crimen puede ayudar a hacerse una idea de la personalidad del individuo. La disposición de los objetos en la habitación, las acciones previas a la muerte

que hayan dejado un rastro o incluso la significación del lugar en el que han acontecido los hechos.

La segunda fase se trata de realizar entrevistas estructurados a personas que conocieran a la víctima, véase amigos cercanos o familiares. El objetivo de estas entrevistas es la determinación más cercana de la personalidad del fallecido a través de las percepciones adquiridas por las declaraciones de su entorno inmediato.

La última fase es en la que participan los distintos profesionales, desde el criminalista hasta el psicólogo, para tratar de acotar el resultado desde un enfoque multidisciplinar. Los resultados acabarán reflejados en la emisión de un informe pericial psicológico que especifique las razones y el proceso a través del cual se ha llegado al consenso de la decisión.

Sin embargo, para otros autores, una correcta AP, debiera incluir muchos más dimensiones y factores al momento de recolectar la información (ver Tabla 2; García, 2007; Young, 1992; Ebert, 1987).

Tabla 2.

Dimensiones, criterios y categorías a evaluar en la realización de una AP.

García (2007)	Young (1992)	Ebert (1987)
1. Mental: Evalúa inteligencia, memoria, atención, juicio y cognición, proporcionando una referencia de las capacidades cognitivas.	1. Información personal del occiso	1. Datos sobre el estilo de vida del fallecido.
2. Emocional o afectiva: Analiza el estado de ánimo y posibles trastornos mentales, como predisposición a conductas suicidas o episodios depresivos.	2. Detalles de la muerte.	2. Estado mental en el momento del fallecimiento.
3. Psicosocial: Examina antecedentes desde la infancia hasta la adultez, incluyendo relaciones con personas no cercanas y cambios importantes en la vida.	3. Historia familiar (mental y física)	3. Posibles causas de conflicto y motivación en los últimos meses previos al fallecimiento.
4. Interpersonal: Se centra en las relaciones familiares y	4. Historia de muertes familiares.	4. Perfil psicológico del sujeto con base en documentación e información (herramientas e instrumentos).
	5. Modelos familiares de reacción ante el estrés.	5. Identificar posibles avisos de suicidio que el sujeto pueda haber realizado.
	6. Tensiones recientes/problemas del pasado.	6. Establecer previa existencia de un estado psicológico suicida.
	7. Historia y dinámica familiar de alcohol y drogas.	7. Valorar los factores de riesgo que podrían haber existido.
	8. Relaciones interpersonales.	
	9. Fantasías, sueños, presentimientos y pensamientos precedentes sobre la muerte, suicidio o accidentes.	
	10. Cambios premortem en hábitos, aficiones, alimentación,	

amistades, permitiendo contactar a personas cercanas al fallecido para contribuir a la investigación.	patrones sexuales y otras rutinas.
	11. Información sobre planes de vida.
	12. Evaluación de intenciones.
	13. Tasa de letalidad.
	14. Reacción de las personas que recibieron la noticia de muerte.
	15. Comentarios y anotaciones especiales.

Conclusión

La Autopsia Psicológica es una herramienta vital en la psicología forense, que requiere un enfoque multidisciplinario para ser efectiva. La colaboración entre médicos, criminólogos y psicólogos permite un análisis más completo y preciso de las causas de muerte, especialmente en casos de suicidio y muertes dudosas. Una de las funciones principales del psicólogo forense es interpretar las señales y pistas presentes en la escena del crimen. Además de la autopsia médica, es crucial tener acceso al historial clínico, expedientes médicos y legales, notas, cartas, diarios u otros documentos que puedan proporcionar información sobre el estado emocional y los pensamientos del sujeto antes de su muerte.

El proceso de la Autopsia Psicológica comienza en el lugar de los hechos, donde no sólo se recogen huellas objetivas, sino también huellas psicológicas que quedan impresas en los lugares frecuentados por la víctima y en las personas que interactuaron con ella. La capacidad del psicólogo forense para interpretar estas pistas y generar perfiles de personalidad contribuye significativamente a la resolución de casos complejos, haciendo de esta técnica una herramienta indispensable en la búsqueda de la verdad.

Referencias

Aguirrezabal, M. (2011) La imparcialidad del dictamen pericial como elemento del debido proceso. *Revista Chilena de Derecho*, 38(2), 371-378.

- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T. & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *The British Journal of Psychiatry: Journal of Mental Science*, 175(8), 168-174. <https://doi.org/10.1192/BJP.175.2.168>
- Asamblea Nacional Constituyente (2015). *Constitución Política de Colombia*. Edición especial a cargo de Corte Constitucional de Colombia, Consejo Superior de la Judicatura y Sala Administrativa del Centro de Documentación Judicial (Cendoj); Bogotá, D.C., Colombia. Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/>
- Baumbusch, J. (2010). Semi-structured interviewing in practice-close research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing; Hoboken*, 15(3), 255-258.
- Benevides Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernandez, E. & González Gutiérrez, J. L. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el “inventario de Burnout de psicólogos”. *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.
- Beskow, J., Runerson, B. & Asgard, U. (1990). Psychological autopsies; methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 307-323.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse (CECA): A retrospective interview measure. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35(8), 1419-1435. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.1994.TB01284.X>
- Brown, G.W., y Harris, T.O. (1978). *The Bedford College Life-Events and Difficulty Shedule: directory of contextual threat ratings of events*. Londres, England: Bedford College, Univ.
- Burón, J. (2003). *Psicología médico-forense. La investigación del delito*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer.
- Caman, S., Howner, K., Kristiansson, M. & Sturup, J. (2016). Differentiating intimate partner homicide from other homicide: A Swedish population-based study of perpetrator, victim, and incident characteristics. *Psychology of Violence*, 7(2), 306-315.
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280.
- Ceballos, F. (2015) Aplicación forense de la AP en muertes de alta complejidad. *Anuario de psicología Jurídica*, 25, 65-74.
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J., Kirmayer, L. J. & Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: Methodological and ethical

considerations, feasibility and acceptability. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 20078.

Congreso de la República de Colombia (2017). *Ley 906 de 2004. Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal*. Diario Oficial No. 45.658 de 1 de septiembre de 2004. Disponible en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0906_2004_pr001.html

Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R. & Schneider, B. (2011). The next generation of psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 594-613.

Conner, K. R., Beautrais, A. L., Brent, D. A., Conwell, Y., Phillips, M. R. & Schneider, B. (2012). The next generation of psycho-logical autopsy studies: Part 2. Interview procedures. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 86-103. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.2011.00073.X>

De Leo, D., Draper, B. M., Snowdon, J. & Kølves, K. (2013). Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(7), 980-988.

Dearnley, C. (2005). A reflection on the use of semi-structured interviews. *Nurse Researcher*, 13(1), 19-28. <https://doi.org/10.7748/nr2005.07.13.1.19.c5997>

Deep-Soboslay A., Akil M., Martin C. E., Bigelow L. B., Herman M. M., Hyde T. M., Kleinman J. E. (2005). *Reliability of psychiatric diagnosis in postmortem research*. *Biological Psychiatry*, 57(1), 96-101.

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>.

Ebert, B.W. (1987). Guide to conducting a Psychological Autopsy. *Professional Psychology. Research and Practice*, 18(1), 52-56.

Egea, G (2011). AP en niños y adolescentes con conductas suicidas. *Revista Cultura, Educación y Sociedad*, 2 (1), 67-74.

Ellis, A. P. J., West, B. J., Ryan, A. M. & DeShon, R. P. (2002). The use of impression management tactics in structured interviews: A function of question type? *Journal of Applied Psychology*, 87(6), 1200-1208. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.87.6.1200>

Figari, F. (2015). La AP en las investigaciones de muertes con causas dudosas. *Investigación en Ciencias Jurídicas y Sociales*, 5, 251-266.

Fumadó, C. & Gómez, E. (2017). Investigación del suicidio: AP. *Revista Española de Medicina Legal*, 43 (4), 135-137.

- Fylan, F. (2005). Semi-structured interviewing. In *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (pp. 65–77). New York: Oxford University Press.
- Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York: New York University Press.
- García Pérez, T. (2007). *Pericia en autopsia psicológica*. Buenos Aires, Argentina: La Roca.
- García, B. (2008). Generalidades sobre las autopsias. *The electronic journal of autopsy*, 6 (1), 4-18.
- García, J., Palacio, C., Diago, J., Zapato, C., López, G., Ortiz, J. & López, M. (2008). Adverse Life Events and Suicide: A Case-Control Study of Psychological Autopsy in Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 11-28.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A. & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 269-276.
- Hawton, K., Malmberg, A. & Simkin, S. (2004). Suicide in doctors: A psychological autopsy study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 1-4. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00372-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00372-6)
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I. & Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935-940. <https://doi.org/10.1176/AJP.150.6.935>
- Henry, M. & Greenfield, B. J. (2009). Therapeutic effects of psychological autopsies: The impact of investigating suicides on interviewees. *Crisis*, 30(1), 20-24.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L. & Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death studies*, 36(7), 605-626. [doi:10.1080/07481187.2011.584015](https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584015).
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*. 11(2), 213-218.
- Houston, K., Hawton, K. & Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 159-170. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00175-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00175-0)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010). *Guía para la realización de pericias psiquiátricas y psicológicas forenses mediante AP en la determinación de la manera de muerte (suicida, homicida o accidental)*. Versión 01 del 14 de septiembre de 2010. Disponible en <https://n9.cl/hqyv08>

- Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies - A review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00594-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00594-6)
- Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies—a review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
- Jiménez-Rojas, I. A. (2001). La AP como instrumento de investigación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30 (3), 271-276.
- Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: Applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(6), 393-397. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000341894.35877.1b>
- Litman, R. E. (1989). 500 Psychological Autopsies. *Journal of Forensic Sciences*, 34(3), 638-646.
- Litman, R. E., Curphey, T., Shneidman, E. S., Farberow, N. L. & Tabachnick, N. (1963). Investigations of equivocal suicides. *JAMA*, 184(12), 924-929. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1963.03700250060008>
- Lyu, J. & Zhang, J. (2014). Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research*, 155(1-3), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.018>
- Merton, R. K. (2008). *Focused Interview*. Nueva York, EUA: Simon and Schuster.
- Minichiello, V., Aroni, R., Timewell, E. & Alexander, L. (1992) *In-depth Interviewing: Researching People*. Reino Unido: Taylor & Francis Books Ltd.
- Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 341-352. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(83\)90065-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90065-X)
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A. & Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry*, 25, 327-333.
- Paykel, E., McGuiness, B., y Gomez, J. (1976). An Anglo-American comparison of the scaling of life events. *The British Journal of Medical Psychology*, 49 (3), 237-247.
- Ricardo, D. G. & Ciselli, G. (2012). La AP. Revisiones y aportes. *Informe Científico Técnico UNPA*, 4(2), 150-175. <https://doi.org/10.22305/ict-unpa.v4i2.52>

- Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional (2010; 8 de septiembre). *Sentencia T-708/10*. Referencia expediente T-2.660.937. Magistrado Ponente Jorge Iván Palacio Palacio. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-708-10.htm>
- Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional (2015; 3 de agosto). *Sentencia T-478/15*. Referencia expediente T-4.734.501. Magistrada Ponente Gloria Stella Ortiz Delgado. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-478-15.htm>
- Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional de Colombia (1992; 24 de junio). *Sentencia T-426/92*. Expediente T-824. Magistrado Ponente Eduardo Cifuentes Muñoz. Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-426-92.htm>
- Schneider, B., Schnabel, A., Wetterling, T., Bartusch, B., Weber, B. & Georgi, K. (2008). How do personality disorders modify suicide risk? *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 233-245. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.233>
- Shneidman, E. S. (1981). Psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4), 325-340. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.1981.tb01009.x>
- Shneidman, E. S. (1994). The psychological autopsy. *American Psychologist*, 49(1), 75-76.
- Snider, J. E., Hane, S. & Berman, A. L. (2006). Standardizing the psychological autopsy: Addressing the Daubert standard. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 511-518. <https://doi.org/10.1521/SULI.2006.36.5.511>
- Soto, J. (2014). *Manual de investigación psicológica de delito: El método VERA*. Editorial Pirámide.
- Torres, R. & Manzo, J. (2004). La AP como herramienta para la orientación de muertes indeterminadas. *Cuadernos de Criminología*, 14, 1-20.
- Urta Portillo, J. (2010). Criterios Éticos para Psicólogos Jurídicos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 20, 93-104.
- Vázquez-Rojas, C. (2014). Sobre la cientificidad de la prueba científica en el proceso judicial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.09.001>
- Young, Th. (1992). Procedimientos y problemas en la realización de una Autopsia Psicológica. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(1), 43-46.
- Zhang, J., Xiao, S. & Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 773-781. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101476>

Alienación parental. Una forma de violencia infantil.²

Jorge Erwin Camacho Galindo, Ph.M.

Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI
<https://orcid.org/0000-0002-4024-5139>

Resumen

La violencia intrafamiliar, especialmente contra mujeres y menores, es un problema inaceptable que requiere intervención urgente. Organismos nacionales e internacionales trabajan para erradicar la violencia infantil, cuyas consecuencias en los niños han sido documentadas desde 1956 en estudios sobre el Cisma Marital y el Doble Vínculo en relaciones conflictivas. El término “Alienación Parental” facilita identificar criterios diagnósticos dentro de la triada familiar, donde los menores suelen ser los más afectados. Estas dinámicas están asociadas con trastornos de conducta, ansiedad, dificultades de adaptación, problemas de crianza y hasta manifestaciones delirantes. Los niños expuestos a violencia pueden desarrollar TEPT, depresión, inseguridad, baja autoestima, problemas en relaciones interpersonales, enfermedades físicas como Síndrome Metabólico, Esclerosis Múltiple, cardiopatías, y abuso de sustancias. Abordar esta problemática desde una perspectiva ética y científica debe prevalecer sobre enfoques socio-políticos, priorizando el bienestar integral de los menores.

² Artículo de reflexión desarrollado a partir del material de clase: *Maltrato infantil con énfasis en violencia intrafamiliar de tipo psicológico*. Parte de estas ideas fueron presentadas por el autor en la Mesa de Análisis de la Unidad de Psicología Jurídica y Forense (UPJyF) en febrero de 2011, a partir de la cual se redactó y presentó en septiembre de 2017 un informe de reconocimiento del llamado Trastorno de Alienación Parental o Síndrome de Alienación Parental para el Colegio Colombiano de Psicólogos - COLPSIC. Una copia parcial de este documento pudiera rastrearse en internet.

How to cite this article: Camacho-Galindo, J. E. (2018). Alienación parental. Una forma de violencia infantil. *KANKEI, Revista sobre familia e interacción social*, 2(1), 33-45.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jorge Erwin Camacho Galindo (<https://orcid.org/0000-0002-4024-5139>); Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI. e-mail: direccion@investigación-kankei.com

The views expressed here are those of the authors. Except where otherwise noted, the articles in this journal are of Free Content and Non Commercial Version.

DESCRIPTIVE REVIEW ARTICLE

RECEIVED: MAY 31, 2017—ACCEPTED: NOVEMBER 17, 2017

Grupo de Investigación Interdisciplinar
"Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas"
KANKEI

Palabras clave: Violencia infantil, salud mental, alienación parental, CIE-10.

Abstract

Domestic violence, especially against women and minors, is an unacceptable issue that requires urgent intervention. National and international organizations are working to eradicate child abuse, whose effects on children have been documented since 1956 in studies on Marital Rift and Double Bind in conflictual relationships. The term "Parental Alienation" facilitates the identification of diagnostic criteria within the family triad, where minors are often the most affected. These dynamics are associated with behavioral disorders, anxiety, adaptation difficulties, parenting problems, and even delusional manifestations. Children exposed to violence may develop PTSD, depression, insecurity, low self-esteem, interpersonal relationship issues, physical illnesses such as Metabolic Syndrome, Multiple Sclerosis, heart diseases, and substance abuse. Addressing this problem from an ethical and scientific perspective must take precedence over socio-political approaches, prioritizing the comprehensive well-being of minors.

Keywords: Child violence, mental health, parental alienation, ICD-10.

Introducción

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas - ONU, la violencia infantil se define como todo tipo de maltrato o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, explotación o abuso comercial, incluido el abuso sexual, perpetrado contra un niño o niña. Esta definición se basa en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989), que establece que los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de violencia, abuso o explotación. Además, la ONU también reconoce que la violencia infantil puede ser cometida por cualquier persona, ya sea un miembro de la familia, un cuidador, un maestro o cualquier otra persona en una posición de autoridad o confianza con respecto al niño o niña.

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA49.25, declarando que la violencia es un problema de salud pública crítico y en aumento a nivel global. En esta resolución, la Asamblea destacó las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto

como a largo plazo, para las personas, las familias, las comunidades y los países, subrayando los efectos negativos de la violencia en los servicios de salud.

Este Primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), es una parte crucial de la respuesta de la OMS a la resolución WHA49.25. Está dirigido principalmente a investigadores y profesionales, incluyendo trabajadores de la salud, asistentes sociales, aquellos involucrados en la creación y ejecución de programas y servicios de prevención, educadores y la policía. También se incluye un resumen del informe.

Así, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1996) define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” Este Primer Informe Mundial sobre la violencia y la salud, usa una clasificación en la que divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. La OMS (2002), también destaca que la violencia puede ser perpetrada de manera directa, es decir, mediante el uso de la fuerza física o el abuso verbal, o de manera indirecta, a través de políticas, prácticas y estructuras sociales que causan daño o discriminación. La organización reconoce que la violencia puede tomar muchas formas diferentes, incluyendo la violencia física, sexual, psicológica, económica y cultural, y que puede ocurrir en una amplia gama de entornos, desde el hogar hasta el lugar de trabajo y la comunidad en general.

Con la Resolución 57 (I) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptada el 11 de diciembre de 1946, se estableció oficialmente el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), como organización mundial permanente para prevenir y responder a la

violencia infantil y para garantizar que los niños y niñas tengan acceso a servicios de protección, atención médica y psicológica, y apoyo para superar los efectos de la violencia que han sufrido. UNICEF, desde su fundación asumió una definición de violencia similar a la arriba señalada: “el uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, niña o adolescente, que resulte o tenga posibilidad de resultar en un daño real o potencial para su salud, desarrollo o dignidad”.

Alienación Parental o Síndrome de Alienación Parental

Aunque tradicionalmente se ha asociado el nacimiento del concepto de Síndrome de Alienación Parental con los trabajos realizados por el médico norteamericano Richard A. Gardner (1985), varias décadas antes Lidz, Cornelison, Fleck & Terry (1957) ya habían descrito un fenómeno similar, pero con el nombre de *cisma marital*.

A su vez, a comienzos de la década de los 70 del siglo pasado, Boszormenyi-Nagy & Spark (2004), también describieron un fenómeno análogo al del SAP (Gardner, 1985) consistente en una dinámica familiar en la que la lealtad hacia uno de los padres implica deslealtad hacia el otro; pero lo denominaron *conflicto de lealtades*. Por su parte, desde una perspectiva también psiquiátrica relacionada con la esquizofrenia, con actuales aplicaciones a la dinámica de las rupturas familiares conflictivas, un par de años antes, Bateson, Jackson, Haley & Weakland (1971)³, resaltaron cómo el fenómeno denominado *doble vínculo* describe mensajes contradictorios que generan confusión en el niño o niña, como si se le dijera “visita a papá” pero implicando la orden “no lo visites”, con lo cual se causa conflicto emocional en el menor. Para el cierre de la misma década, se describió el fenómeno de la *triangulación*, que

³ En realidad, este trabajo es de 1956, pero infortunadamente difícil de rastrear en su lenguaje original; por esto se cita su primera traducción al español [Traducción directa del inglés, N. Rosemblat; 1971].

ocurre cuando un conflicto entre dos personas se desvía hacia un tercero, ocultando el problema original, que es usado para acusarse mutuamente entre cónyuges (Bowen, 1978).

Un poco posterior al escrito de Gardner (1985), pero dentro de la misma década, Chethik, Dolin, Davies, Lohr & Darrow (1987), describieron el fenómeno de la *identificación defensiva* en el que la niña o niño, adopta una particular postura para asegurar afecto y protestar contra una realidad inaceptable; así mismo, Jhonston & Campbell (1988), publicaron un libro en el que describieron el fenómeno del *alineamiento*, en el que el hijo o hija muestra fuertes y férreas preferencias hacia uno de sus padres con el consecuente alejamiento del otro, debido tanto a estrategias manipulativas como a capacidades empáticas por parte del padre o la madre. Estos estudios han sido complementados y esclarecidos por varios autores posteriores como, por ejemplo, Buchanan, Maccoby & Dornbusch (1991), explican cómo los hijos quedan *aprimados* en los conflictos entre padres; y Lampel (1996), quien verificó la existencia de una especie de rigidez, defensividad y represión emocional parental.

Obviamente, éste no es el espacio para realizar una revisión exhaustiva de la literatura publicada sobre esta temática; simplemente, se hace claridad respecto de que este fenómeno de la alienación parental, viene siendo investigado por más de seis décadas y no constituye una explicación emergente, ni una herramienta útil para la defensa de personas señaladas de crímenes escandalosos, simplemente es un concepto explicativo de un fenómeno que ha sido acuñado desde la psiquiatría, la psicología (especialmente clínica), el trabajo social y otras ciencias médicas, sociales y humanas.

Ahora bien, se ha disertado suficiente como para que, a esta altura, no sea necesario centrarse en la idea de que la Alienación Parental es un trastorno o un síndrome. De hecho, la propuesta mayormente acogida ha sido la de Bernet (2008) y Benet, Von Boch, Baker &

Morrison (2010), quienes organizaron las cualidades descriptoras de este fenómeno, en criterios sintomáticos que pudieran haber sido incluidos en el DSM-5. Sin embargo, esto no ha sucedido.

Figura 1.

Descripción sintomática de la dinámica familiar caracterizada por alienación parental.



Nota. Esquema diseñado a partir de los criterios diagnósticos del CIE-10 más cercanos a la descripción científica de la *triada familiar* en la Alienación Parental. Sin conflicto.

El diagnóstico es un pilar esencial en la práctica psicológica, especialmente en las áreas clínica y forense. Permite identificar con precisión y de manera estandarizada los trastornos que están afectando la vida de pacientes, víctimas y victimarios. La OMS (1990) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomiendan el uso del CIE-10 como estándar global para

clasificar enfermedades y trastornos, incluyendo los de salud mental⁴. Por esto, resulta valioso identificar los criterios diagnósticos presentes en la alienación parental (Figura 1).

Como se aprecia en la Figura 1., existe más de una docena de diagnósticos psiquiátricos que se asocian con las conductas, cogniciones y emociones desplegadas por los miembros de una familia que están siendo afectados por la Alienación Parental. En cierta manera, no es necesario que éste fenómeno esté dentro del listado de los trastornos del CIE o del DSM, para considerar su existencia y la enorme afectación que causa.

Así, negar la sintomatología (conductas, pensamientos, emociones) asociada con tal despliegue violento a nivel intrafamiliar es prácticamente imposible; tampoco es razonable usar los conceptos de Síndrome o Trastorno, basta con reconocerlo con un nombre particularmente común en la literatura científica de los últimos cincuenta años: Alienación Parental.

Afectaciones al miembro más débil de la triada

El nacimiento de los hijos está acompañado, irremediablemente, por el nacimiento de los padres; aquella frase antigua: “Nadie nace aprendido”, resulta vital en la relación paterno-filial. Aún en una sociedad convulsa como la que vivimos actualmente, se considera mejor que los hijos lleguen al mundo cuando la relación de pareja esté consolidada; al menos socialmente, el madresolterismo (o padresolterismo) y los hijos extrarelacionales (extramaritales para algunos), siguen siendo la comidilla de la mayoría de las personas (especialmente en Latinoamérica). Sin embargo, ni la existencia de una relación consolidada entre los progenitores,

⁴ El DSM –IV-TR, así como el reciente DSM-5, como herramientas desarrolladas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, no tiene carácter obligatorio a nivel internacional y es ampliamente utilizada sobre todo en Estados Unidos.

ni la formación específica en cómo ser padres, garantiza a las niñas y niños, un ambiente libre de violencias.

Casi que anualmente, la UNICEF (2016), publica datos relacionados con las violencias contra los niños, reflejando especialmente un alto número de violaciones graves de los derechos de la infancia en situaciones de conflicto que prácticamente no han cesado desde 1914. Infortunadamente, las estadísticas amañadas a los intereses políticos no permiten ver claramente el verdadero panorama de las violencias contra la infancia. En general, de acuerdo con los informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLyCF, 2016), y desde 2009, la tasa nacional de homicidios mantiene su tendencia al descenso, lo cual no deja de ser positivo, incluso para el más negativo de los colombianos. Infortunadamente el 6,6% de los homicidios el año pasado se cometieron sobre personas entre los cero y los 17 años de edad, de los cuales 8 de cada 10 eran hombres; más de un 2% de tales homicidios sobre los menores, fueron cometidos por familiares en su casa⁵.

En lo que respecta a la violencia intrafamiliar durante 2016, el sistema forense colombiano informó más de 26.400 casos, de los que un poco más del de 38% recayó sobre niños, niñas y adolescentes, en los que sus progenitores fueron los causantes. Aunque, esta tasa sigue disminuyendo año por año, el suicidio viene aumentando paulatinamente. Infortunadamente, casi ningún informe se centra específicamente en la violencia psicológica.

La violencia psicológica sufrida antes de que se consolide la madurez biológica, psicológico-emocional y mental⁶, puede generar diversos efectos psicológicos negativos en

⁵ Al mes de mayo de 2017, se reportan cerca de 240 homicidios, 4700 casos de violencia intrafamiliar y 50 suicidios en menores de hasta 17 años de edad (INMLyCF, 2017).

⁶ Aunque el desarrollo biológico (físico y sexual) puede variar de una persona a otra, dependiendo de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, generalmente éste se da en niños entre los 12 y 16 años y en niñas entre los 9 y 13 años. A diferencia, la madurez psicológica no tiene una edad específica para manifestarse, está influenciada por diversos factores familiares, sociales, económicos e individuales; la madurez emocional es un

quienes la padecen, los cuales dependen de factores como la intensidad, la duración del abuso y las características individuales de cada persona. Por esto, es posible encontrar una persona con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), derivado de un único hecho de violencia parental a los 14 o 15 años de edad y otra con un largo historial de violencia intrafamiliar desde su nacimiento, que aparentemente no presenta desajuste emocional al llegar a la etapa adulta.

Entre los efectos más comunes de la violencia a infantil se encuentra el TEPT, cuyos síntomas incluyen pesadillas, recuerdos intrusivos (flashbacks), evitación de situaciones asociadas al trauma y un aumento significativo de la ansiedad; mucho más común es la presencia de depresión o estado de profunda tristeza, sentimientos de desesperanza y pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, además de alteraciones en el apetito y patrones de sueño, así como dificultad para encontrar satisfacción en la vida cotidiana; una tercera consecuencia encontrada en las investigaciones con NNA violentados por su familia, es la ansiedad y el miedo debido a la instauración de un estado de alerta constante, inseguridad y temor a que los episodios violentos se repitan, lo cual puede limitar la capacidad personal de confiar en los demás y sentirse seguro en su entorno (Hernández, Mendoza & Zuñiga, 2016; McTavish, MacGregor, Wathen & MacMillan, 2016; Huttanus, Mazariegos & Ramírez, 2016; Moura, Nunes, Xavier, Almeida, Basilio & Monteiro, 2013; Hooven, Nurius, Logan & Thompson, 2012; Appel, Schwahn, Mahler, Schulz, Spitzer, Fenske, Stender, Barnow, John, Teumer, Biffar, Nauck, Völzke, Freyberger & Grabe, 2011; Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson & Von Eye, 2006; Chemtob & Carlson, 2004).

Varios estudios han encontrado que las personas que vivieron violencia intrafamiliar durante su infancia o adolescencia, también pueden presentar baja autoestima y autopercepción

componente fundamental de la madurez psicológica. Pero, la madurez mental se alcanza durante la adultez temprana, entre los 20 y los 30 años de edad.

negativa, ya que la violencia puede deteriorar la imagen que las personas tienen de sí mismas, al tiempo que pueden aflorar sentimientos de culpa relacionados con los eventos vividos y desconfianza en sus propias habilidades y decisiones; algunos evidencian problemas en las relaciones interpersonales o dificultades en la construcción y mantenimiento de relaciones saludables, debido a las experiencias de violencia que les dificultan expresar sus emociones y necesidades, así como confiar en los demás (McTavish & cols., 2016; Hernández & cols., 2016; Huttanus, & cols., 2016; Moura & cols., (2013); Hooven & cols., 2012; Appel & cols., 2011; Levendosky & cols., 2006; Chemtob & Carlson, 2004).

Un poco más recientemente, las investigaciones han evidenciado la asociación de la vivencia de violencia infantil con el Síndrome Metabólico, la mortalidad y morbilidad infantil, la Esclerosis Múltiple, cardiopatías coronarias, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (especialmente en las niñas), el comportamiento sexual de riesgo, la obesidad, practicar menos deporte y el comportamiento delictivo (McTavish & cols., 2016; Moura & cols., (2013); Hooven & cols., 2012; Alemany, Arias, Aguilera, Villa, Moya, Ibañez, Vossen, Gasto, Ortet & Fañanas, 2011; Appel & cols., 2011; Gilbert, Spatz, Browne, Fergusson, Webb & Janson, 2009).

Necesidad de ser cuidadoso con el diagnóstico

Desde una perspectiva profesional y ética, con implicaciones clínicas y legales, es necesario que el equipo clínico y psico-social que pretende valorar a la niña, niño o adolescente que ha sido alienado (violentado) por su propia familia, se despoje de las “banderas y las consignas” (que son más políticas que científicas), construidas socialmente alrededor de los polos en la relación violenta (víctima, victimario; hijo, progenitor). De no lograrlo, la emocionalidad (la pasión desbordada en muchos casos), superará la subjetividad permisible.

También debe ser capaz de abandonar la tendencia a defender teorías y teóricos, para optar por un análisis lo más cercano a la realidad psico-emocional y socio-familiar actual de los evaluados.

Por esto, el equipo hace bien en adoptar la lógica de la investigación psicojurídica cada vez que evalúe un caso de violencia infantil (Camacho, 2011) y en lo que respecta a la alienación parental debe evaluar a través de algún instrumento confiable y válido que permita tomar decisiones en el ámbito clínico, social y legal (Zicavo, Celis, González & Mercado, 2016). Obviamente, se requiere de una entrevista inicial incluso con terceros, pero sin dejar de lado el avance investigativo alrededor de los instrumentos de evaluación, medición y evaluación pertinentes a la identificación sintomática, criteriológica o fenomenológica de la alienación parental (una guía inicial aparece en la Tabla 2).

Tabla 2

Instrumentos de medición y evaluación de la Alienación Parental.

Autor(es)	Nombre del instrumento	Objetivo / Población
Gomide, Camargo y Fernandes (2016)	Escala de Alienação Parental	Evaluación heterónoma de padres e hijos.
Verrocchio, Baker y Bernet (2016)	Questionario strategico di Baker (QSB)	18+ años; padres divorciados antes de sus 15 años; vivieron AP.
Zicavo, Celis, González y Mercado (2016)	Escala ZICAP para la Evaluación de la Alienación	Evaluar la presencia de AP Infantil
Baker y Verrocchio (2015)	Baker Strategy Questionnaire (BSQ)	18+ años; padres divorciados antes de sus 15 años; vivieron AP.
Pérez y Andrade (2013)	Cuestionario de Alienación Parental	Evaluar indirectamente AP a través del padre objetivo; Padres divorciados.
Hands y Warshak (2011)	Parental Alienation Behavior Scale (PABS)	Mayores de 18 años con vivencias de AP.
Baker y Ben-Ami (2011)	Baker Strategy	Adultos que vivieron AP en la infancia o adolescencia.
Sicard y Camacho (2011)	Escala de Evaluación Dimensional de la Alienación Parental (EDAP)	Evaluar el grado de AP en el núcleo familiar.
Braver, Coatsworth y Peralta (2007)	Parental Alienation Behavior Scale (PABS)	Jóvenes emancipados que vivenciaron en la infancia y adolescencia AP.

Nota. Construida a partir de la literatura disponible. Sin conflicto.

Referencias

- Aleman, S., Arias, B., Aguilera, M., Villa, H., Moya, J., Ibañez, M.I., Vossen, H., Gasto, C., Ortet, G. & Fañanas, L. (2011). P03-212 - Childhood Abuse and the BDNF-Val66Met Polymorphism: Evidence for Gene-Environment Interaction in the Development of Adult Psychosis-Like Experiences. *European Psychiatry*, 26(1), 1381-1381. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73086-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73086-3)
- Appel, K., Schwahn, C., Mahler, J. Schulz, A., Spitzer, C., Fenske, K., Stender, J., Barnow, S., John, U., Teumer, A., Biffar, R., Nauck, M., Völzke, H., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2011). Universität Potsdam Moderation of adult depression by a polymorphism in the FKB5 gene and childhood physical abuse in the general population. *Neuropsychopharmacology*, 36(10), 1982-1991 [DOI:10.1038/npp.2011.81](https://doi.org/10.1038/npp.2011.81)
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. H. (1971). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En G. Bateson, A. J. Ferreira, D. D. Jackson, T. Lidz, J. H. Weakland, L. C. Wynne & G. H. Zuk, *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica*, Buenos Aires, Argentina: Tiempo contemporáneo. (pp. 10-34)
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (2004; 1973). *Las lealtades invisibles. Reciprocidad en Terapia Familiar Intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Nueva York, USA: Janson Aronson, Inc.
- Buchanan, C. M., Maccoby, E. E. & Dornbusch, S. M. (1991). Caught between parents: adolescents' experience in divorced homes. *Child Development*, 62(5), 1008-1029. [doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01586.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01586.x)
- Camacho Galindo, J. E. (2011). Elementos básicos de metodología aplicados a la investigación en psicología Jurídica. En G. A. Hernández Medina, *Psicología Jurídica Iberoamericana*, México, D.F., México: Manual moderno [pp. 155-196].
- Chemtob, C. M. & Carlson, J. G. (2004). Psychological Effects of Domestic Violence on Children and Their Mothers. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 209-226. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.3.209>
- Chethik, M., Dolin, N., Davies, D., Lohr, R., & Darrow, S. (1987). Children and Divorce: The "Negative" Identification. *Journal of Divorce*, 10(1-2), 121-138. https://doi.org/10.1300/J279v10n01_08.
- Gardner, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *The Academy Forum*, 29(2), 3-7.
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(1), 68-81. [doi:10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Hernández, M. C., Mendoza, D. R. & Zuñiga, A. G. (2016). La influencia de la violencia intrafamiliar en las relaciones escolares y en la autoestima de los adolescentes. *PsicoEducativa: Reflexiones y propuestas*, 2(4), 92-98.

- Hooven, C., Nurius, P., Logan, P. & Thompson, E. (2012). Childhood violence exposure: Cumulative and specific effects on adult mental health. *Journal of Family Violence*, 27(6), 511-522. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9438-0>
- Huttanus, S. R., Mazariegos, D. A. y Ramírez, A. M. (2016). Violencia en la familia: Efectos psicológicos del maltrato. *Revista PsicoEducativa: Reflexiones y propuestas*, 2(4), 99-104.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016). *Forensis 2015. Datos para la vida*. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017, mayo). *Boletín estadístico mensual - Mayo 2017*. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales>
- Jhonston, J. & Campbell, L. E. (1988). *Impasses of divorce: The dynamic and resolution of family conflict*. New York, USA: Free Press.
- Lampel, A. K. (1996). Children's alignment with parents in highly conflicted custody cases. *Family and conciliation courts review*, 34(2), 229-239. <https://doi.org/10.1111/j.174-1617.1996.tb00416.x>
- Levendosky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S. y Von Eye, A. (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 544-552. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.4.544>
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S. & Terry, D. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114(3), 241-248. <https://doi.org/10.1176/ajp.114.3.241>
- McTavish, J. R., MacGregor, J. C., Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: An overview. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 504-518. [doi:10.1080/09540261.2016.1205001](https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1205001)
- Moura, L., Nunes, M., Xavier, L., Almeida, A., Basilio, C. & Monteiro, F. (2013). Consequences of exposure to domestic violence for children: A systematic review of the literature. *Brasil.Paidéia*.23(55). Pp. 263-271. [doi:10.1590/1982-43272355201314](https://doi.org/10.1590/1982-43272355201314)
- Organización Mundial de la Salud (1990). *43a Asamblea Mundial de la Salud*, Ginebra, 7-17 de Mayo de 1990: Resoluciones y decisiones, anexos. <https://iris.who.int/handle/10665/201722>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington, D.C., EUA: Organización Panamericana de la Salud.
- UNICEF (2016). *Estado mundial de la infancia 2016: Una oportunidad justa para cada niño*. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2016>
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Disponible en <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
- World Health Organization (1996). *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. Ginebra, WHO (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2).
- Zicavo Martínez, N., Celis Esparza, D., González Espinoza, A. & Mercado Aravena, M. (2016). Escala ZICAP para la evaluación de la alienación parental: Resultados preliminares. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 177-195.

Prevención secundaria para el consumo de drogas en adolescentes con el modelo transteórico de cambio.⁷

Susana Gutiérrez Castiblanco

Grupo de Discusión en Psicología Jurídica y Ciencias Forenses – UNIMINUTO

Nicolás Felipe Muñoz Salamanca

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Resumen

La marihuana es la droga ilícita más consumida en Colombia, especialmente entre jóvenes de 18 a 24 años. En Bogotá, el consumo anual alcanza el 4.1% de la población, y más de la mitad de los usuarios presentan abuso o dependencia. El consumo de sustancias como marihuana, alcohol y cocaína está asociado a graves problemas de salud, como trastornos mentales y enfermedades crónicas. La percepción del riesgo varía, y la mayoría considera fácil acceder a estas sustancias. La Ley 1566 de 2012 reconoce el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como un problema de salud pública y promueve la atención integral. La OMS aboga por intervenciones combinadas para el tratamiento y la prevención del consumo. Programas como “Alcohólicos Anónimos” y “Planeta Juventud” son ejemplos de campañas exitosas. Los tratamientos más efectivos incluyen la terapia cognitivo-conductual, manejo farmacológico, entrevistas motivacionales y tratamiento residencial. El Modelo Transteórico de Cambio (MTT), que describe seis etapas del cambio conductual, ofrece un enfoque adaptado a cada etapa, mejorando la efectividad de las intervenciones, especialmente en jóvenes universitarios, y promueve la adopción de conductas saludables a largo plazo.

Palabras clave: Marihuana, Modelo Transteórico de Cambio, Prevención, Jóvenes.

⁷ How to cite this article: Gutiérrez Castiblanco S. & Muñoz Salamanca, N. F. (2018). Prevención secundaria para el consumo de drogas en adolescentes con el Modelo Transteórico de Cambio. *KANKEI, Revista sobre familia e interacción social*, 2(1), 46-65.

Correspondence concerning this article should be addressed to Susana Gutiérrez Castiblanco; Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI. e-mail: susana.gutierrez.036@gmail.com

The views expressed here are those of the authors. Except where otherwise noted, the articles in this journal are of Free Content and Non Commercial Version.

Abstract

Marijuana is the most commonly used illicit drug in Colombia, particularly among young people aged 18 to 24. In Bogotá, the annual consumption rate reaches 4.1% of the population, with more than half of users showing signs of abuse or dependence. The consumption of substances like marijuana, alcohol, and cocaine is linked to serious health problems, including mental disorders and chronic diseases. Perceptions of risk vary, and most people find it easy to access these substances. Law 1566 of 2012 acknowledges substance use disorders (SUD) as a public health issue and ensures comprehensive care. The World Health Organization (WHO) advocates for combined interventions in treatment and prevention. Programs such as “Alcoholics Anonymous” and “Planet Youth” are successful prevention campaigns. The most effective treatments include cognitive-behavioral therapy, pharmacological management, motivational interviewing, and residential treatment. The Transtheoretical Model of Change (TTM), which outlines six stages of behavioral change, provides an approach tailored to each stage, improving intervention effectiveness, especially for university students, and encourages the long-term adoption of healthy behaviors.

Keywords: Marijuana, Transtheoretical Model of Change, Prevention, Youths.

Introducción

De acuerdo con las estadísticas presentadas por la American Thoracic Society (Drake & Slatore, 2013); aunque hoy día el consumo de alcohol se mantiene estable y se extiende a todo el territorio nacional, la marihuana es la sustancia ilícita más consumida en Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia – ODC, 2017).

En un estudio realizado por la Secretaría Distrital de Salud - SDS (2016), se evidenció en la ciudad de Bogotá un “aumento significativo del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis y heroína), principalmente marihuana” (p. 11). En lo que respecta a la población, las edades entre los 18 y 24 años registraron en el último año una prevalencia del 9%, seguido por el grupo de 12 a 17 años, con el 7.4%, y el de 25 a 34 años, con el 5.5%. Por lo tanto, los adolescentes y adultos jóvenes son de las poblaciones más vulnerables al consumo.

En este estudio, los resultados por grupos de edad muestran que la mayoría de las personas que cumplen con los criterios de abuso y dependencia se encuentran entre los 18 y 24

años, representando el 5.1% de la población total en ese rango de edad, seguidos por los adolescentes, quienes constituyen cerca del 5% (SDS, 2016).

La marihuana es la sustancia ilícita más consumida en Bogotá, con un 13.4% de las personas encuestadas que han reportado haberla consumido alguna vez, siendo más común entre los hombres (20.6%) que entre las mujeres (6.6%). En el último año, un 4.1% de los encuestados usó marihuana, lo que equivale a cerca de 240 mil personas, principalmente hombres (6.8%) frente a mujeres (1.7%). El consumo es más alto entre los jóvenes de 18 a 24 años (8%), seguido de los adolescentes (6.7%). La edad promedio de inicio del consumo está alrededor de los 18 años, con una mediana que indica que la mitad de los usuarios comenzó antes de los 17 años (SDS, 2016).

En cuanto a las consecuencias del consumo, el 51.4% de quienes han usado marihuana en el último año presentan criterios de abuso o dependencia, lo que representa más de 120 mil personas, mayoritariamente hombres y jóvenes entre 18 y 24 años. Respecto a la percepción del riesgo, el 84.1% considera que el uso frecuente de marihuana es de alto riesgo, aunque esta cifra disminuye al 58.3% cuando se trata del consumo experimental, percepción que es más alta en mujeres. Además, el 50.8% de la población considera que es fácil conseguir marihuana, y el 11% reportó haber recibido ofertas para consumirla en el último año, siendo esta cifra mayor en hombres que en mujeres (SDS, 2016).

A través de distintos estudios, se ha evidenciado que la marihuana, el tabaco, el alcohol, la cocaína y la heroína (las drogas más consumidas por los adolescentes), se asocian en mayor con enfermedades cerebrales, pulmonares, hígado, cáncer, diabetes e hipertensión. Mientras que las consecuencias con mayor prevalencia son el estrés, la depresión, la ideación suicida, la agresión y el déficit de atención (Amaro, Fernández, González, Pardo, Zunino, Pascale, García, & Pérez, 2016; Bettin, Camacho, Rogelis, Ríos & Zambrano, 2016; Fuentes, Medina & Nazar,

2016; Sarasa, Sordo, Molist, Hoyos, Guitart & Barrio, 2014; Correa y Pérez, 2013).

Prevención y atención integral del consumo de SPA

En Colombia, la Ley 1566 de 2012 reconoce que el “consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos” (Artículo 1). La misma Ley, resalta que toda persona que padezca trastornos mentales o cualquier patología relacionada con el consumo, abuso o adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, tendrá derecho a recibir atención integral. Esta atención será proporcionada por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como por instituciones públicas o privadas especializadas en el tratamiento de estos trastornos (Artículo 2).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016; 2017) también resalta la dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, especialmente en el marco de su período extraordinario de sesiones sobre este tema. La OMS enfatiza que el objetivo de la reducción de riesgos y daños es “mantener a las personas con vida y en condiciones seguras sin exigir la abstinencia de las drogas”. Según la guía conjunta de la OMS, ONUSIDA y la UNODC (2012), los mejores resultados se obtienen al integrar un conjunto amplio de intervenciones enfocadas en la prevención, tratamiento y atención del VIH entre personas que se inyectan drogas.

Hay varios programas y campañas de prevención de consumo de alcohol y otras drogas que han ganado reconocimiento a nivel mundial por su impacto y alcance. A continuación, se mencionan algunos de los más destacados:

“Alcoholics Anonymous” (AA, 1935) y “Narcotics Anonymous” (NA, 1953). Son programas de apoyo mundialmente reconocidas por ofrecer ayuda a personas con problemas de

consumo de alcohol y otras sustancias. Se basan en los 12 pasos y fomentan la recuperación a través del apoyo grupal.

“Say No to Drugs, Say Yes to Life” (Internacional, 1983). Es una campaña educativa, promovida por organizaciones como la Fundación por un Mundo Libre de Drogas, que se centra en proporcionar información sobre las drogas y sus efectos a través de materiales audiovisuales y talleres escolares.

“Just Say No” (EE. UU., 1984). *“Simply di no”* (en su mejor traducción al español fue lanzada en los años 80 como parte de la “Guerra contra las Drogas” en Estados Unidos, esta campaña buscaba prevenir el consumo de drogas entre los jóvenes. Fue impulsada por Nancy Reagan y promovía el mensaje de rechazar el consumo de drogas de manera directa y firme.

“Red Ribbon Week” (EE. UU., 1988). La Semana del Lazo Rojo es una campaña anual en octubre que busca concienciar, especialmente a los estudiantes, sobre los riesgos del consumo de drogas, recordando el sacrificio de agentes de la DEA como Enrique "Kiki" Camarena (asesinado en 1985).

“Planet Youth” (Islandia, 1998). Este programa es reconocido por su enfoque comunitario en la prevención del consumo de alcohol y drogas. Islandia implementó medidas basadas en actividades extracurriculares, fortalecimiento de la familia y restricciones legales, logrando reducir drásticamente el consumo entre los jóvenes.

“The Truth Initiative” (EE. UU., 1999). Aunque originalmente se enfocó en el consumo del tabaco, esta organización también ha abordado el consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas. Utiliza campañas impactantes para desmitificar el consumo y resaltar sus consecuencias negativas.

“Be Under Your Own Influence” (EE. UU., 2000). Como su título lo dice, está dirigida a adolescentes, promueve el mensaje de que los jóvenes pueden ser exitosos y felices

sin recurrir al consumo de alcohol o drogas, destacando ejemplos positivos de liderazgo y autodeterminación de tal manera que cada uno pueda “estar bajo su propia influencia”. Partió de un programa dirigido por el Office of National Drug Control Policy (ONDCP).

“Drinkaware” (Reino Unido, 2004). “Consciente de la bebida” es una organización benéfica dedicada a la reducción del consumo nocivo de alcohol. Ofrece información, herramientas interactivas y recursos educativos para concienciar sobre el impacto del consumo excesivo.

“Yo Elijo Mi Futuro” (América Latina, 2010). Enfocada en jóvenes de países latinoamericanos, esta campaña busca prevenir el consumo de drogas a través de la educación y la promoción de alternativas positivas para el desarrollo personal.

“Talk. They Hear You.” (EE. UU., 2013). “Habla. Ellos te escuchan” fue desarrollada por el *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA); esta campaña ayuda a los padres a hablar con sus hijos sobre los peligros del consumo de alcohol y drogas, fomentando la prevención desde una edad temprana.

En general, estos programas y campañas destacan por sus enfoques educativos, comunitarios y basados en evidencia para abordar el consumo problemático de sustancias en diferentes contextos.

De otro lado, cuando el consumidor sobrepasa la línea de lo que cada cultura considera como permisible, tolerable, responsable y sano, aparece la necesidad de la atención clínica especializada. El tratamiento más adecuado depende de factores individuales como el tipo de sustancia, la gravedad del consumo, las condiciones de salud mental coexistentes y el apoyo social y familiar. Idealmente, los programas combinan múltiples enfoques para maximizar la eficacia. La participación continua y el seguimiento son esenciales para mantener los resultados a largo plazo. Generalmente, los tratamientos más efectivos para el consumo de sustancias

psicoactivas (SPA) se basan en enfoques integrales y personalizados que combinan intervenciones médicas, psicológicas y sociales. Hay evidencia científica, que respalda cinco de los tratamientos o estrategias más destacadas.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta terapia ayuda a las personas a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. También enseña habilidades para afrontar situaciones de riesgo y prevenir recaídas. Es ampliamente utilizada para tratar diferentes tipos de adicciones, incluidas las relacionadas con el alcohol, el tabaco y las drogas ilícitas. Un meta-análisis muestra que la TCC es eficaz para reducir el consumo de sustancias y mejorar la capacidad de afrontamiento en individuos con trastornos por uso de drogas. Esta terapia ayuda a identificar patrones negativos y desarrollar estrategias saludables para manejarlos (Kelly, Kaminer, Kahler, Hoepfner, Yeterian, Cristello, & Timko, 2017; McHugh, Hearon & Otto, 2010).

Tratamiento Farmacológico. El TF incluye medicamentos específicos diseñados (o descubiertos) para reducir los síntomas de abstinencia, disminuir los antojos o bloquear los efectos de las sustancias. Varios de estos fármacos son muy nombrados: Metadona y Buprenorfina para el tratamiento de la dependencia a opiáceos; Naltrexona y Acamprosato para el alcoholismo; Bupropión y Vareniclina para dejar de fumar; la Ibogaína en el tratamiento de la adicción a las drogas que tuvo su desarrollo fuera de los entornos clínicos y médicos convencionales. La TF funciona mejor cuando se combina con terapias psicosociales. (Gorelick, 2016; Brown, 2013)

Entrevista Motivacional (EM). Es un enfoque centrado en el cliente que busca aumentar la motivación intrínseca para el cambio. Se basa en el fortalecimiento de la autoconfianza y la toma de decisiones del paciente. Ha demostrado ser particularmente útil en las etapas iniciales del tratamiento y como complemento de otras intervenciones; aunque su

eficiencia no está totalmente demostrada, sigue siendo preferible a la ausencia de intervención (Kelly, Kaminer, Kahler, Hoepfner, Yeterian, Cristello, & Timko, 2017; Smedslund, Berg, Hammerstrøm, Steiro, Leiknes, Dahl & Karlsen, 2011).

Programas de Manejo de Contingencias. Estos métodos utilizan incentivos o recompensas para fomentar comportamientos positivos, como la abstinencia o la participación en actividades terapéuticas. Los pacientes pueden recibir cupones o premios por pruebas de detección de drogas negativas. Es especialmente efectivo en personas con problemas de consumo de estimulantes (como cocaína) y opiáceos. En los últimos cinco años, la literatura sobre el manejo de contingencias (CM) con cupones demuestra un crecimiento constante y una alta eficacia para tratar trastornos por uso de sustancias (SUD). Los efectos del tratamiento van de moderados a importantes durante la intervención, disminuyen con el tiempo, pero permanecen evidentes. Además, los resultados son consistentes con investigaciones previas y abarcan diversas poblaciones y entornos (Rash, Alessi, & Petry, 2017; Davis, Kurti, Skelly, Redner, White & Higgins, 2016).

Tratamiento Residencial y Comunitario. Involucra la estadía en comunidades terapéuticas o centros especializados durante semanas o meses. Se combina un entorno estructurado con apoyo grupal, terapia individual y actividades educativas. Es adecuado para personas con consumo severo de sustancias o quienes necesitan un ambiente controlado para lograr la abstinencia (López, Román, Castello & García, 2012; Secades, García, Álvarez, Río, Fernández & Carballo, 2007).

Modelo Transteórico de Cambio

El Modelo Transteórico surge en los años 70, tras una revisión de teorías con la finalidad de encontrar el modelo más efectivo para explicar los procesos de cambio que atraviesa el ser

humano a lo largo de una intervención (originalmente esta revisión de modelos se dio a raíz de la necesidad de explicar los cambios en el comportamiento de consumidores de drogas); en los años 90 se aceptó este modelo como uno de los más efectivos para explicar el proceso de cambio del ser humano y se sigue aplicando aún hoy en día (Cabrera, 2009).

El modelo transteórico describe seis etapas de cambio en conductas de salud: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. Incluye diez procesos de cambio, equilibrio de decisiones, autoeficacia y manejo de tentaciones. Estudios muestran que el 40% de las personas en riesgo están en precontemplación, 40% en contemplación y 20% en preparación. Las intervenciones adaptadas a la etapa mejoran el reclutamiento, retención y progreso, con mayor efectividad en programas computarizados interactivos y personalizados. Los resultados prometen un impacto significativo en la promoción de la salud en poblaciones vulnerables (Prochaska & Velicer, 1997).

El Modelo Transteórico (MTT) de cambio de conducta, desarrollado a partir de estudios sobre adherencia a conductas saludables como el ejercicio, el abandono del tabaco y la dieta, es una herramienta ampliamente aceptada para guiar intervenciones de salud. Este modelo conceptualiza el cambio de conducta a través de etapas y es útil para abordar problemas de adherencia al tratamiento, proporcionando estrategias para fomentar el compromiso del paciente. En terapia, el MTT ayuda a entender el cambio, identificar barreras de adherencia y planificar intervenciones personalizadas, subrayando la importancia de evaluar la preparación del paciente para el cambio. Su enfoque es clave para mejorar los resultados terapéuticos (Van Leer, Hapner & Connor, 2008).

Así, el Modelo Transteórico identifica cinco etapas de cambio y diez procesos clave para facilitar la transición entre estas etapas, integrando múltiples teorías de cambio de conducta. Las estrategias experienciales predominan en las etapas iniciales (contemplación y preparación),

mientras que los procesos conductuales son más comunes en acción y mantenimiento. Este modelo permite a los profesionales de salud diseñar intervenciones específicas para cada etapa, ayudando no solo a quienes están listos para actuar, sino también a quienes aún no consideran cambiar, acelerando así la adopción y mantenimiento de conductas saludables (Cassidy, 1997).

Implementación del MTT en la prevención secundaria del abuso de drogas en jóvenes universitarios

Tomando como base el modelo transteórico de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (Prochaska & DiClemente, 2005; Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom & Rossi, 1994 ; Prochaska & DiClemente, 1982), es posible hacer una implementación exitosa en la prevención secundaria del consumo de drogas.

Como ya se ha mencionado antes, inicialmente el MTT consta de seis etapas o estadios los cuales se basan en la motivación que tiene el sujeto para el cambio.

La precontemplación. Es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar las conductas que ponen en riesgo su salud, algunos grupos que se encuentran en esta etapa pueden no contar con información suficiente sobre los riesgos, otros han intentado cambiar, pero han fracasado y ahora están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y principalmente no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones.

La contemplación. En esta etapa se tiene una intención de cambio y lo más probable es que se realice. Los contempladores son más conscientes de lo positivo que trae el cambio y comienzan a considerarlo, sin aún asumir un compromiso razón por la cual pueden permanecer largos períodos de tiempo en esta etapa, pensando en cambiar en algún momento de su vida.

La preparación. Aquí las personas ya toman una decisión de cambio y adquieren un compromiso, realizan pequeños cambios con el fin de modificar su presente. Por lo general, ya han tenido experiencia con respecto a lo que sienten a la hora de realizar un cambio principalmente en el último año. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas por las intervenciones.

La acción. En esta etapa las personas realizan cambios de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. Son autoeficaces y dedicados. Es ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

El mantenimiento. En esta etapa se pretende sostener los cambios realizados hasta el momento. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, pero se debe tener en cuenta que es una de las etapas en que las personas son más vulnerables a decaer. Regularmente tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento de riesgo y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

La terminación. Es la última etapa, aquí los sujetos tienen la voluntad suficiente para superar la tentación que les provocaba el comportamiento considerado como riesgo y aumenta la confianza para lograr metas propuestas en otros campos.

Así mismo, el modelo tiene un segundo nivel que consta de 10 procesos los cuales constan de actividades manifiestas o encubiertas para generar el cambio. Estos pasos se encuentran estructurados en 2 factores de segundo orden.

Procesos de cambio cognitivos. aumento de la concienciación (aumento de la información sobre sí mismo y el problema), autore-evaluación (se evalúa a sí mismo sobre su problema y el impacto sobre su estilo de vida), reevaluación ambiental (evalúa el impacto del cambio en torno a sus relaciones interpersonales), relieve dramático (logra expresar lo que siente sobre la conducta adictiva) y liberación social (Logra comunicar sus emociones sobre los cambios y formar alternativas).

Procesos de cambio conductuales. Autoliberación (cómo se compromete el sujeto frente a las elecciones que toma), manejo de contingencias (estrategias conductuales para mantener la conducta), relaciones de ayuda (redes de apoyo con las que cuenta el sujeto), contra-condicionamiento (alternativas de conducta frente al estímulo problema) y control de estímulos (modificar el ambiente para evitar las situaciones de riesgo).

Método, estrategia y objetivos durante la aplicación del MTT

Teniendo en cuenta los lineamientos, aplicaciones y resultados de las investigaciones realizadas por Prochaska & DiClemente (1982), Prochaska & cols. (1994), Prochaska & Velicer (1997), Santos, González, Fons, Forcada & Zamorano (2001), Sánchez, Gradolí, Molina, Del Olmo & Morales (2002) y otros, se sugiere lo siguiente:

Etapas I: Precontemplación. La etapa de Precontemplación en el Modelo Transteórico de Cambio se caracteriza porque la persona no reconoce que tiene un problema o no considera la necesidad de cambiar su conducta en el futuro cercano (generalmente dentro de los próximos seis meses). En esta fase, suele haber resistencia al cambio, falta de conciencia del impacto de su conducta o desinterés en abordar el problema. Las intervenciones efectivas en esta etapa buscan aumentar la conciencia y generar motivación para considerar un cambio.

Objetivo. Generar interés en el cambio y que los afectados se den cuenta de que tienen

un problema con consecuencias potencialmente negativas.

Estrategia. Usar campañas de concientización enfocadas a los jóvenes en barrios donde se presente un índice alto de consumo de sustancias psicoactivas apoyando las campañas con lo propuesto por la Ley 1566 para asegurar una atención integral para los afectados.

Duración. Se plantean un mínimo de 4 momentos para generar concientización hasta un máximo de 8.

Observaciones adicionales. La duración máxima puede variar según la disposición de los jóvenes al cambio.

Etapas II: Contemplación. En el Modelo Transteórico de Cambio se caracteriza porque la persona reconoce que tiene un problema y empieza a considerar la posibilidad de cambiar su conducta en el futuro cercano (generalmente dentro de los próximos seis meses). Aunque existe ambivalencia, ya que evalúa los pros y los contras del cambio, esta etapa es crucial para aumentar la motivación y el compromiso hacia la acción. Las intervenciones en esta fase buscan resolver dudas y reforzar los beneficios del cambio.

Objetivo. Aumentar la intención y disposición al cambio de los jóvenes para que accedan a la intervención.

Estrategia. Brindarle a los jóvenes conocimiento acerca de los efectos negativos que tiene el consumo de drogas y también acerca de los efectos positivos que proporciona el dejar este hábito, esto con el fin de aumentar la motivación con respecto al cambio y que se pueda llevar a cabo la intervención.

Duración. Se plantean como mínimo 4 sesiones y como máximo 6, en estas sesiones se trabajará con los jóvenes su conocimiento sobre el conocimiento que poseen sobre las sustancias psicoactivas y planteando todas las ventajas de dejar el consumo de las mismas.

Observaciones adicionales. En este momento se realizará con los jóvenes una evaluación para tener un punto de referencia inicial con respecto al consumo actual de los participantes y poder compararlo cuando se encuentren en etapas más avanzadas.

Etapas III: Preparación. Se caracteriza porque la persona está decidida a cambiar su conducta en el corto plazo (generalmente dentro del próximo mes) y comienza a tomar pequeñas acciones para lograrlo. En esta fase, la intención de cambio es fuerte, y la persona puede elaborar un plan concreto. Las intervenciones efectivas en esta etapa ayudan a fortalecer el compromiso y proporcionar estrategias claras para implementar el cambio.

Objetivo. Realizar el acompañamiento adecuado para cada persona y fomentar el cambio.

Estrategia. Apoyar la decisión de cambio de los participantes, brindando conocimiento acerca de las leyes que los apoyan y de programas especializados para afrontar los posibles problemas que se pueden presentar por la abstinencia, se brindará apoyo médico y psicológico respaldado por la ley para evitar cualquier complicación en la salud física y mental de la persona.

Duración. Se contemplan 4 sesiones cuyo objetivo será que la persona se adhiera por voluntad propia al tratamiento y se sientan motivados a cambiar.

Observaciones adicionales. Se debe tener en cuenta la posibilidad de una recaída en esta etapa, así como en las etapas posteriores.

Etapas IV: Acción. En el Modelo Transteórico de Cambio se caracteriza por la implementación activa de estrategias y conductas específicas para modificar el hábito o comportamiento no deseado. En esta fase, la persona realiza esfuerzos conscientes y visibles para alcanzar sus objetivos, lo que generalmente ocurre dentro de los primeros seis meses. Las

intervenciones en esta etapa se centran en brindar apoyo, reforzar el progreso y prevenir recaídas.

Objetivo. Comprometer a la persona con el proceso con el fin de evitar una posible recaída motivando las acciones de cambio.

Estrategia. Acompañamiento constante, esto para asegurar el progreso y cumplimiento de las acciones propuestas, además de motivar al sujeto con los beneficios que trae llegar a ese cambio de comportamiento.

Duración. No está definido un mínimo ya que esto depende del ritmo de cada persona, pero se plantea un ideal de 10 sesiones.

Observaciones adicionales. Se debe tener presente la posibilidad de una recaída en cualquier momento, en caso de que se presente se debe actuar lo más rápido posible.

Etapa V: Mantenimiento. Se caracteriza por el esfuerzo continuo para consolidar los logros alcanzados y evitar recaídas. En esta fase, que puede durar meses o años, la nueva conducta se integra como parte del estilo de vida. Las intervenciones se enfocan en fortalecer la autoeficacia, gestionar situaciones de riesgo y mantener el compromiso hacia el cambio.

Objetivo. Generar motivación en la persona para que mantenga el proceso y continúe todo el tiempo que sea necesario.

Estrategia. Realizar un seguimiento al proceso de la persona, visitas mensuales o semanales dependiendo del avance que haya venido presentando.

Duración. Variable.

Observaciones adicionales. Si se presentan recaídas no es tan difícil retomar el proceso ya que al comprobar que fue efectivo la persona puede acceder más fácilmente a comenzarlo de nuevo.

Etapla VI: Terminación. En el Modelo Transteórico de Cambio esta etapa se caracteriza por la ausencia total de tentaciones y la plena confianza en mantener el cambio logrado de manera permanente. En esta fase, el nuevo comportamiento se convierte en una parte natural y estable de la vida, y la posibilidad de recaída es mínima. Es el objetivo final del proceso de cambio de conducta.

Objetivo. Dar cuenta si todo lo trabajado a lo largo del proceso fue eficaz y la persona logró el cambio.

Estrategia. Evaluar al participante con el I.P.C y pruebas toxicológicas para verificar que esté limpio de sustancias y que haya abandonado sus anteriores hábitos de consumo.

Duración. Dos (2) sesiones.

Observaciones adicionales. Llegado a este punto el proceso se dará por concluido y dependerá de la persona el mantenimiento de las nuevas conductas, el seguimiento verificará si efectivamente fue así o si se debe empezar de nuevo el proceso.

Comentarios finales

Al considerar de manera sólida el uso del Modelo Transteórico de Cambio (MTT) en el tratamiento del abuso de tabaco, alcohol y otras drogas entre jóvenes universitarios, es importante considerar varios puntos clave.

Primero, vale la pena resaltar cómo este modelo es particularmente útil para abordar la ambivalencia característica de esta población en cuanto a modificar comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias.

Sin embargo, es necesario analizar cómo las etapas del modelo (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación) ayudan a personalizar las

intervenciones según el estado de disposición de cada individuo para el cambio.

Además, se debe considerar cómo las estrategias experienciales y conductuales del MTT pueden ser aplicadas a programas de prevención y tratamiento, maximizando la efectividad de las intervenciones en esta población.

No desatender los factores motivacionales y contextuales; por el contrario, evaluar el impacto de factores externos, como la presión social, el estrés académico y la disponibilidad de sustancias, y cómo el modelo ayuda a abordarlos.

No hay duda de que existen resultados basados en la evidencia que pueden guiar el uso del MTT; por esto, se deben incorporar datos de estudios cada vez más recientes que demuestren la eficacia del MTT en reducir el consumo de sustancias en poblaciones jóvenes, destacando el impacto positivo en la salud y el desempeño académico.

En todo caso, siempre aparecen desafíos; identificar posibles barreras en la implementación del MTT (como la resistencia al cambio o recursos limitados en entornos universitarios) es de gran relevancia y proponer soluciones, como el uso de tecnologías interactivas o el apoyo de consejeros especializados, resulta vital para no ver como “un buen proyecto se unde”.

Referencias

- Amaro, V., Fernández, J., González, M., Pardo, M., Zunino, C., Pascale, A., García, L. & Pérez, W. (2016). Consumo de alcohol en niños y adolescentes: Una mirada desde el tercer nivel de atención. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(Supl. 1), 40-47.
- Bettin, M., Camacho Galindo, J. E., Rogelis, A., Ríos, N. M. & Zambrano, R. (2016). Comportamientos violentos y rasgos psicopatológicos en drogodependientes. *Quicio, Revista de psicología*, 1(1), 61-78.

- Brown, T. K. (2013). Ibogaine in the treatment of substance dependence. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(1), 3-16. <https://doi.org/10.2174/15672050113109990001>
- Cabrera A., G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Cassidy, C. A. (1997). Facilitating behavior change. Use of the transtheoretical model in the occupational health setting. *Official Journal of the American Association Occupational Health Nurses*, 45(7), 341-348.
- Congreso de la República de Colombia (2012). *Ley 1566 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas*. Diario Oficial No. 48.508 de 31 de julio de 2012. Disponible en: http://secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html
- Correa Muñoz, A. M. & Pérez Gómez, A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *LIBERABIT Revista Peruana de Psicología*, 19(2), 153-162.
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J. & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine*; 92, 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.008>
- Drake, M. G. & Slatore, C. G. (2013). Fumar marihuana y los pulmones. Serie de Información al Paciente de la ATS. American Thoracic Society. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/marijuana.pdf>
- Fuentes, R., Medina, P. & Nazar, C. (2016). Consideraciones perioperatorias en pacientes consumidores de drogas ilícitas de uso frecuente. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(5), 384-389. DOI: [10.1016/j.rchic.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.008)
- Gorelick, D. A. (2016). Pharmacological Treatment of Cannabis-Related Disorders: A Narrative Review. *Current Pharmaceutical Desing*, 22(42), 6409-6419. <https://doi.org/10.2174/1381612822666160822150822>
- Kelly, J. F., Kaminer, Y., Kahler, C. W., Hoepfner, B., Yeterian, J., Cristello, J. V. & Timko, C. (2017). A pilot randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation (iTsf) treatment for adolescent substance use disorder. *Addiction*, 112(12), 2155-2166. <https://doi.org/10.1111/add.13920>

- López-Fernández, O., Román-Jiménez, E., Castello-Cullell, N. & García-Claver, M. (2012). Las comunidades terapéuticas como tratamiento para las drogodependencias: una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo. 14(4), 118-125. DOI: [10.1016/S1575-0973\(12\)70055-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70055-7)
- McHugh, R. K., Hearon, B. A. & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Observatorio de Drogas de Colombia – ODC (2017). *Reporte de drogas de Colombia*. 3ra. Edición. Bogotá, D.C., Colombia: Gobierno de Colombia; Ministerio de Justicia y del Derecho. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/reportes/reportes_drogas_colombia_2017.pdf
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2016). Informe de la Secretaría de la Asamblea Mundial de la Salud A69/12 punto 12.6. Orden del día provisional. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, abril de 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/2016-year-in-review-key-health-issues>
- Organización Mundial de la Salud - OMS (2017). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención: Resumen*. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-NMH-PND-17.4>
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147–171). Oxford University Press.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.13.1.39>

- Rash, C. J., Alessi, S. M. & Petry, N. M. (2017). Substance Abuse Treatment Patients in Housing Programs Respond to Contingency Management Interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 72, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.07.001>
- Sánchez, E., Gradolí, V., Molina, N., Del Olmo, R. & Morales, E. (2002). Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones Revista de sociodrogalcohol*, 14(3), 337-344. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.489>
- Santos Diez, P., González Martínez, G., Fons Brines, M. R., Forcada Chapa, R. & Zamorano García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 13(2), 147-152.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M. & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. *Adicciones*, 19(1), 51-57.
- Secretaría Distrital de Salud (2016). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. Informe final*. Bogotá, D.C., Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá; UNODC; CICAD; OEA. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Marzo/Estudio_de_consumo_de_sustancias_psicoactivas_2016.pdf
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5), CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008063.pub2>
- Van Leer, E., Hapner, E. R & Connor, N. P. (2008). Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 22(6), 688-698. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>
- WHO, UNODC & UNAIDS. (2012) *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. 2012 Revision. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924150437>

La Neuropsicología forense y la resolución de conflictos jurídico-penales.⁸

Jorge Erwin Camacho Galindo, Ph.M.

*Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica
del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI*
<https://orcid.org/0000-0002-4024-5139>

Resumen

El campo de la psicología jurídica ha crecido significativamente, desarrollando teorías y bases sólidas. La neurociencia es un campo multidisciplinario, que actúa como puente entre neurología, psiquiatría y psicología, proporcionando explicaciones, diagnósticos y tratamientos. La neuropsicología jurídica emerge como una rama clave para comprender el efecto de los trastornos mentales en la conducta y cognición del individuo. Sin embargo, la neuropsicología jurídica y forense aún carece de investigación sólida en Colombia, limitando su reconocimiento. La colaboración entre psicología, neurociencia y derecho es esencial para fortalecer esta disciplina. La neuropsicología forense enfrenta el desafío de la influencia de intereses políticos y la falta de formación especializada (técnica y ética) que le permita proporcionar evaluaciones competentes y pertinentes para las decisiones legales. La evaluación neuropsicológica forense incluye entrevistas clínicas semi-estructuradas y la selección de pruebas específicas. Los neuropsicólogos forenses presentan informes periciales que apoyan su testimonio en juicio. Las disfunciones cerebrales, como lesiones en el lóbulo frontal, pueden influir en el comportamiento criminal, planteando preguntas sobre responsabilidad y culpabilidad. En conclusión, la neuropsicología forense tiene potencial en la resolución de problemas jurídico-penales en Colombia, pero enfrenta desafíos de validación y legitimación de sus postulados neurocientíficos. Se requiere una validación cuidadosa y un consenso ético y científico para su implementación efectiva.

Palabras clave: Neuropsicología, evaluación forense, delito, trastornos mentales.

⁸ Artículo de reflexión desarrollado a partir del material de clase y dentro del Grupo de Discusión en Psicología Jurídica y Forense. Parte de estas ideas fueron presentadas por el autor en varias mesas de trabajo sobre el tema de la neuropsicología forense. Una copia parcial de este documento pudiera rastrearse en internet.

How to cite this article: Camacho-Galindo, J. E. (2018). La Neuropsicología forense y la resolución de conflictos jurídico-penales. *KANKEI, Revista sobre familia e interacción social*, 2(1), 66-96.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jorge Erwin Camacho Galindo (<https://orcid.org/0000-0002-4024-5139>); Grupo de Investigación Interdisciplinar "Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas" - KANKEI. e-mail: direccion@investigacion-kankei.com

The views expressed here are those of the authors. Except where otherwise noted, the articles in this journal are of Free Content and Non Commercial Version.

DESCRIPTIVE REVIEW ARTICLE

RECEIVED: MAY 31, 2017–ACCEPTED: NOVEMBER 17, 2017

*Grupo de Investigación Interdisciplinar
"Perspectiva psicojurídica del conflicto, la violencia y otras interacciones humanas"*
KANKEI

Abstract

The field of legal psychology has grown significantly, developing solid theories and foundations. Neuroscience is a multidisciplinary field that acts as a bridge between neurology, psychiatry, and psychology, providing explanations, diagnoses, and treatments. Legal neuropsychology emerges as a key branch for understanding the effects of mental disorders on individual behavior and cognition. However, legal and forensic neuropsychology still lacks solid research in Colombia, limiting its recognition. Collaboration between psychology, neuroscience, and law is essential to strengthen this discipline. Forensic neuropsychology faces challenges from political influences and the lack of specialized (technical and ethical) training needed to provide competent and relevant evaluations for legal decisions. Forensic neuropsychological evaluations include semi-structured clinical interviews and the selection of specific tests. Forensic neuropsychologists present expert reports that support their testimony in court. Cerebral dysfunctions, such as frontal lobe lesions, can influence criminal behavior, raising questions about responsibility and culpability. In conclusion, forensic neuropsychology has the potential to resolve legal and criminal issues in Colombia, but faces challenges in validating and legitimizing its neuroscientific principles. Careful validation and ethical and scientific consensus are required for its effective implementation.

Keywords: Neuropsychology, forensic evaluation, crime, mental disorders.

Introducción

El campo de la psicología jurídica ha experimentado un notable fortalecimiento en los últimos años, desarrollando teorías y sentando bases sólidas para consolidarse como una ciencia empírica reconocida en la comunidad científica. Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer. Las múltiples áreas de aplicación de la psicología jurídica hacen indispensable la investigación y el desarrollo teórico que respalden su práctica profesional. En este sentido, la neuropsicología jurídica emerge como una rama investigativa de gran interés, desde la cual la psicología jurídica puede ampliar su conocimiento y generar material que sustente las diversas vertientes del ámbito jurídico y forense.

Por otra parte, la neuropsicología ha avanzado significativamente debido a la creciente necesidad de comprender las bases cerebrales de los trastornos mentales, actuando como un puente entre la neurología, la psiquiatría y la psicología. Este campo ha integrado el estudio de los trastornos mentales al reconocer que cerebro y mente son inseparables, permitiendo entender

que los procesos mentales son producto de la actividad cerebral. La neurociencia, al conectar diferentes niveles de análisis, ha facilitado la unión entre el tejido cerebral y los procesos mentales, posicionando a la neuropsicología entre enfoques mentalistas y neurobiológicos. Conocer el funcionamiento cerebral es esencial para comprender los procesos mentales.

Aunque la neuropsicología utiliza un lenguaje especializado que puede ser críptico y menos accesible para el público general, lo importante son las diferencias conceptuales entre neuropsicología y psicología. Ambas disciplinas tienen distintas perspectivas sobre la conciencia: la psicología la ve desde un enfoque mentalista y de conocimiento, mientras que la neuropsicología la asocia con la actividad cerebral y las emociones.

Existen diferencias entre la psiquiatría biológica, que se enfoca en el cerebro, y la psicología clásica, que se centra en conceptos mentales. Estas disciplinas necesitan localizar puntos de encuentro sólidos entre mente y cerebro. La neurociencia y la neuropsicología, con su enfoque multidisciplinario, pueden unir estas perspectivas al estudiar cómo el cerebro y la mente se entrelazan en el ser humano. La neurociencia reconoce que todo acto mental es resultado de la actividad cerebral, superando la antigua separación cartesiana entre mente y cuerpo.

Las modernas técnicas de neuroimagen permiten correlacionar cambios funcionales cerebrales con déficits neuropsicológicos, aunque plantean problemas epistemológicos. Además, es crucial estudiar cerebros sanos para entender mejor los trastornos mentales, ya que muchos síntomas son desadaptaciones de sistemas cerebrales ancestrales. Así como en otras disciplinas médicas se estudian los órganos sanos, en neuropsicología es fundamental conocer el funcionamiento del cerebro normal para comprender mejor la relación entre cerebro y mente.

La neuropsicología positiva estudia los procesos cerebrales detrás de conductas normales como el enamoramiento y la creencia en Dios, buscando sus correlatos neurales.

Además, se destaca la importancia de integrar emociones y cognición, superando dicotomías como genes-ambiente y cognitivo-emocional. La comprensión completa del ser humano requiere esta integración, que nos permite ser seres cooperantes y no solo racionales.

Neurociencia y Neuropsicología

La neurociencia es el estudio del sistema nervioso desde una perspectiva multidisciplinaria, integrando disciplinas como física, química, biología, neurología, genética, psiquiatría, psicología, medicina, sociología, filosofía, lingüística, informática, ingeniería y matemática. Su objetivo principal es comprender procesos mentales complejos como la inteligencia, la conciencia, la personalidad y las emociones, así como el pensamiento, la interacción social, la creatividad, la percepción, el libre albedrío, explorando la relación entre la actividad cerebral, la conducta y el aprendizaje. El término 'neurociencias' abarca una amplia variedad de campos científicos que, desde distintas perspectivas, analizan la complejidad del sistema nervioso en su estructura, funciones e interpretaciones científicas (Blanco, 2014; Manes y Niro, 2014; Blakemore & Frith, 2007; Salas, 2003; Beiras, 1998; Kandel, Schwartz & Jessell, 1997).

Ahora bien, el desarrollo de la Neurociencia pareciera ser más bien reciente. Durante el siglo XX, la neurociencia se consolidó como una disciplina clave en la investigación y la clínica, destacando la década de los 90 como “La década del cerebro”. Sin embargo, antes de arribar a la fusión de biología molecular, neurofisiología, anatomía, embriología, biología celular y psicología de la neurociencia moderna, se puede rastrear cierta evolución histórica de las neurociencias. Por razón de espacio, se centrará la atención en la época conocida como el Renacimiento y los siglos posteriores.

Durante el Renacimiento, hubo un resurgimiento del interés por los textos clásicos griegos y romanos, lo que permitió recuperar y expandir el conocimiento sobre la anatomía y fisiología del sistema nervioso; con estas bases, se realizaron importantes avances en la anatomía del sistema nervioso gracias a la práctica de la disección humana, lo que permitió una comprensión más detallada de la estructura cerebral y sus funciones. Artistas como Leonardo di ser Piero da Vinci (1452-1519) y científicos como Andries van Wesel (o en latín Andreas Vesalius 1514-1564), contribuyeron significativamente al conocimiento del cerebro y el sistema nervioso a través de sus detalladas ilustraciones y estudios anatómicos. Casi medio siglo después, la neuroanatomía se consolidó como una disciplina científica, con estudios sistemáticos y detallados que sentaron las bases para futuras investigaciones en neurociencia.

Aunque muchos otros científicos y artistas, desde distintas áreas del conocimiento, han aportado al desarrollo de la Neurociencia, vale la pena resaltar los Premios Nobel de Medicina con aportes muy relevantes: En 1906, Camillo Golgi y Santiago Ramón y Cajal, por sus trabajos sobre la estructura del sistema nervioso. Golgi desarrolló un método de tinción (una técnica utilizada para mejorar el contraste en una imagen microscópica), para visualizar neuronas, y Ramón y Cajal mejoró este método y demostró que las neuronas son unidades individuales (Grant, 1999). En 1932, Charles Sherrington y Edgar Adrian, por sus descubrimientos sobre las funciones de las neuronas. Sherrington estudió los reflejos y la coordinación de movimientos, mientras que Adrian investigó la actividad eléctrica de las neuronas (Pietzsch, 2009a). En 1944, Joseph Erlanger y Herbert Gasser, por sus descubrimientos sobre las funciones de diferentes tipos de fibras nerviosas. Estudiaron cómo las fibras nerviosas transmiten señales a diferentes velocidades (Pietzsch, 2009b).

Un poco más reciente, en 1963, Alan Hodgkin, Andrew Huxley y John Eccles, recibieron la máxima distinción en medicina, por sus descubrimientos sobre los mecanismos iónicos de la

membrana neuronal y la transmisión sináptica. Hodgkin y Huxley describieron cómo los iones se mueven a través de la membrana neuronal, y Eccles estudió la comunicación entre neuronas (Granit, 1972). En 1981, Roger Sperry, David Hubel y Torsten Wiesel, fueron reconocidos por sus descubrimientos sobre la especialización de los hemisferios cerebrales y la organización del sistema visual. Sperry investigó la división de funciones entre los hemisferios cerebrales, mientras que Hubel y Wiesel estudiaron cómo el cerebro procesa la información visual (Ottoson, 1993).

Ya entrando al siglo XXI, en el año 2000, Arvid Carlsson, Paul Greengard y Eric Kandel, recibieron el Premio Nobel, por sus descubrimientos sobre la transducción de señales en el sistema nervioso. Carlsson investigó la dopamina y su papel en la enfermedad de Parkinson, Greengard estudió cómo las señales químicas afectan la función neuronal, y Kandel investigó los mecanismos moleculares del aprendizaje y la memoria (Ungerstedt, 2000). En 2014, John O'Keefe, May-Britt Moser y Edvard I. Moser, recibieron el premio por sus descubrimientos sobre las células que constituyen un sistema de posicionamiento en el cerebro. O'Keefe descubrió las células de lugar en el hipocampo, y los Moser identificaron las células de red en la corteza entorrinal (Ole Kiehn & Hans Forssberg, 2014).

Por otro lado, se habla específicamente de Neurociencia Cognitiva. Miller y Gazzaniga, acuñaron el término “neurociencia cognitiva” a finales de los años 70 (más exactamente en 1976) con el interés de dar impulso al estudio de las bases biológicas de la cognición humana. Esta disciplina surgió como un paradigma interdisciplinar que permite estudiar la mente (o cognición) humana aprovechando todas las técnicas disponibles, integrando conocimientos de la psicología cognitiva y las neurociencias. Los considerados fundadores de la neurociencia cognitiva, así como los subsiguientes investigadores del área, la definen como una disciplina que estudia y busca entender cómo las funciones o procesos cerebrales dan lugar, forma y curso

a las actividades mentales como la percepción, la memoria, el lenguaje e incluso la consciencia, también denominadas funciones mentales superiores (Albright & Neville, 2000; Posner & Digirolamo, 2000; Gazzaniga, Ivry & Mangun, 1998; Gazzaniga, 1989; Churchland & Sejnowski, 1988; Kosslyn, 1988; Posner, Petersen, Fox & Raichle, 1988; LeDoux & Hirst, 1986; Gazzaniga, 1984; Posner, Pea & Volpe, 1982).

Por su parte, la Neuropsicología se ha convertido en una especie puente entre la neurología, la psiquiatría y la psicología, enfocándose en las bases cerebrales de los trastornos mentales. Para esto, ha sido necesario un cambio de paradigma que permita reconocer que cerebro y mente son inseparables, y que todo proceso mental es resultado de la actividad cerebral. La neuropsicología enfrenta preguntas complejas sobre la relación entre déficits neuropsicológicos y trastornos mentales, y cómo estos afectan la conducta y el tratamiento.

La Neuropsicología es una disciplina dentro de las neurociencias que estudia la relación entre el sistema nervioso y el comportamiento, con especial atención a los procesos cognitivos y emocionales. A nivel clínico, la neuropsicología se centra en el diagnóstico, rehabilitación y pronóstico de alteraciones cognitivas y psicológicas derivadas del funcionamiento cerebral (Kolb & Whishaw, 2006). Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en el manejo de patologías asociadas a enfermedades neurodegenerativas. La Neuropsicología Clínica ha evolucionado hasta consolidarse como una especialidad autónoma dentro de las neurociencias, con una identidad propia y un conjunto de técnicas independientes (Jarne & Hernández, 2001). Esta disciplina permite identificar de manera confiable y precisa la existencia de trastornos, describir su naturaleza, establecer su relación con el sistema nervioso central y, cuando es posible, determinar su etiología. Además, facilita la recomendación de futuras evaluaciones y tratamientos (Carrión, 2015; Junqué & Barroso, 2009; Kolb & Whishaw, 2006; Rains, 2004; Junqué & Barroso, 1995; Ellis & Young, 1992; Peña & Barraquer, 1983).

Neuropsicología jurídica y forense

La neuropsicología jurídica y forense, a diferencia de la psicología jurídica, aún carece de una base sólida de investigación, especialmente en el contexto iberoamericano; mucho más en Colombia. Esta falta de estudios con rigor científico y aval académico limita su reconocimiento e intervención en el ámbito jurídico. A pesar de ello, el interés por la aplicación de conocimientos psicológicos y neuropsicológicos ha crecido entre profesionales del derecho y actores jurídicos. Cada vez más, abogados y jueces recurren a expertos en estas áreas para fundamentar decisiones sobre condenas, indemnizaciones y otros procesos legales.

Este creciente interés subraya la necesidad de fortalecer la investigación en neuropsicología jurídica y forense, no como un capricho personal, sino como un paso esencial para consolidar procesos multidisciplinarios que contribuyan a una sociedad más justa y menos violenta. La colaboración entre psicología, neurociencia y derecho es clave para lograrlo.

La Neuro-Psicología Jurídica generalmente es entendida como la relación entre neurociencia y derecho, aunque esto no es del todo tan exacto. Además, porque se tiende a confundir con el Neuro-Derecho una disciplina que abre su campo en los años 90 del siglo XX. En 1991, Taylor, Harp y Elliott, publican un artículo en el que describen el sistema de justicia civil de EE. UU. y analizan los roles que desempeñan los neuropsicólogos (NPs) y los abogados especializados en neuroderecho (NLs) dentro de este sistema, haciendo énfasis en que los NPs pueden proporcionar evidencia convincente de los déficits causados por lesiones cerebrales traumáticas (LCT) que pueden ser objeto de reclamaciones por daños personales.

La Neuro-Psicología Forense (NPF) ha evolucionado en los últimos diez años, pasando de ser una mera aplicación de técnicas neuropsicológicas a problemas judiciales a ser considerada una especialidad autónoma con técnicas y métodos específicos. Aunque la NPF

comparte muchas técnicas y objetivos con la Neuro-Psicología Clínica (NPC), se diferencia en la frecuencia y profundidad con la que recurre a metodologías de otras disciplinas como la psicología clínica, la psiquiatría y la medicina legal. Aun así, existe aún una especie de “maridaje” entre ambas subespecialidades, lo cual implica que quien se dedica a la NPF debe tener claros y férreos conocimientos de la NPC, aunque en muchos casos no requiera usar de manera plena los modelos explicativos de esta última (Jarne & Hernández, 2001; Puente, 1997). Para enfoques más científicamente arraigados, como el norteamericano, la neuropsicología forense es una subespecialidad de la neuropsicología clínica que aplica principios y prácticas neuropsicológicas a cuestiones relacionadas con la toma de decisiones judiciales o con implicaciones legales (Hom, 2003).

Ahora bien, el método de trabajo en NPF incluye una anamnesis completa, exploración clínica neuropsicológica, análisis de pruebas médicas complementarias y una exploración neuropsicológica detallada, aspectos propios de la NPC. Pero, en el caso de “lo forense”, existe la necesidad de triangular esta información neuro-clínica para evitar las valoraciones indiscriminadas (coloquialmente “dar palos de ciego”), que impiden arribar a conclusiones contundentes y útiles para la decisión judicial (Matarazzo, 1990).

La NPF se aplica principalmente en el derecho civil y laboral, especialmente en la valoración de daños cerebrales y psíquicos en accidentes, incapacidades laborales y minusvalías psíquicas. Tiene menor incursión en el derecho penal y de familia (Iruarrizaga, 1999; Sweet, 1999). Sin embargo, como la evaluación neuropsicológica proporciona información crucial sobre funciones neurocognitivas en psicopatología, identificando discapacidades y fortalezas; al tiempo que, permite analizar la relación entre habilidades cognitivas y conducta, evaluando inteligencia, memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas (especialmente lo relacionado con la memoria y las falsas memorias), las evaluaciones neuropsicológicas resultan clave en

contextos legales, como en testimonios y evaluaciones de responsabilidad penal (Kumar & Sadasivann, 2016; Leonard, 2015; Monti, Saffi, Martins, Machado, Teruo & de Pádua, 2015; Shaw & Porter, 2015; Ostrosky, 2014; Woods, Freedman & Greenspan, 2012).

Como se mencionó antes, la NPF es una disciplina emergente en un momento clave de su desarrollo, basado en estrategias científicas y profesionales específicas (Verdejo, Alcázar, Gómez & Pérez, 2004). La NPF ha crecido significativamente en las últimas dos décadas, consolidándose como una de las áreas de más rápido desarrollo dentro de la neuropsicología clínica. A pesar de los avances que han posicionado a los neuropsicólogos como actores clave en el ámbito forense, no existe consenso sobre las competencias necesarias ni guías específicas para su práctica (Heilbrunner, 2004).

La NPF enfrenta problemas como la evaluación del estado cognitivo premórbido, la influencia de adicciones y tratamientos médicos, la interferencia emocional en rendimientos cognitivos, y la simulación de síntomas por parte de los sujetos evaluados. Aunque se han revisado las estrategias metodológicas, los instrumentos, los avances en la estimación del funcionamiento premórbido, la detección de simuladores, la validez ecológica y creación de prácticas profesionales, con énfasis en la población forense española (Verdejo, Alcázar, Gómez & Pérez, 2004). De todas maneras, los avances en neurociencias, previsibles para los próximos 5 a 10 años, auguran una buena probabilidad de éxito en la superación de estas limitantes.

La profesionalización del Neuropsicólogo Forense

Un problema común con el testimonio de los peritos (además de que en muchos casos no son verdaderos expertos, ni mucho menos especialistas), es que a menudo se centran tanto en una única entrevista o incluso en las puntuaciones de ciertas pruebas, en las propiedades psicométricas de los test, o en los criterios diagnósticos y categorizaciones, que se olvidan del

individuo evaluado. Esto, muy comúnmente en Colombia (sin dudar que pase en todo Latinoamérica), suele derivar en una contraposición de peritajes vs informes técnicos, peritajes versus contraperitajes; una “batalla de peritos” centrada en escuelas, umbrales, comorbilidades e interpretaciones, lo que disminuye la credibilidad de todos los participantes en el juicio y, más importante aún, no permite resaltar cómo los síntomas de la enfermedad mental de una persona influyen significativamente en su emocionalidad, su cognición y su conducta.

En Colombia, al igual que en el resto de Suramérica, las especializaciones en neuropsicología con enfoque clínico se vienen abriendo paso rápidamente; se puede considerar que es una noticia para los interesados en las neurociencias. Sin embargo, los neuropsicólogos clínicos que quieran asesorar en casos penales, y de otras áreas del derecho, deben aprender sobre el área forense antes de empezar a trabajar, ya que es una responsabilidad ética (American Psychological Association, 2013; Rivera & Olea, 2007; Bush & Martin, 2006; Maffioletti & Salinas, 2005; Salgado, Chía, Fernández, Navarro & Valdés, 2005; Knapp & VandeCreek, 2001); mucho más deben estudiar y profundizar los psicólogos clínicos (ni qué decir de los psicólogos sin especialización ni maestría).

En el área forense, se requiere de una mayor exigencia ética y formativa; incluso, pudiera ser muy relevante un alto grado de desafección política. Al igual que en algunos otros países, las personas dedicadas a la política e incluso algunos profesionales sesgados de las ciencias del derecho, las ciencias humanas y la politología, pretenden crear teorías o interpretaciones personales o de grupos de adeptos que tratan de influir en las consideraciones iniciales de los tribunales o incluso en las decisiones judiciales; mismas interpretaciones, generalmente están filiadas a banderas que supuestamente defienden derechos, pero que sólo pretenden afianzar idearios pseudocientíficos e incluso contrarios a la ciencia misma. En EUA, por ejemplo, los abogados defensores han utilizado modelos explicativos de la agresión y publicaciones

científicas relativamente recientes para argumentar de que solo determinados enfoques satisfacen los criterios de admisibilidad de Daubert (unas pautas usadas para admitir el testimonio de expertos científicos en juicios); limitando los métodos de evaluación neuropsicológica forense que pudieran admitirse como prueba y generando una especie de “Moción de Exclusión” (Bigler, 2007).

Muy comúnmente, los psicólogos que testifican en procedimientos legales en Colombia son psicólogos generales con tarjeta profesional. Sin embargo, es necesario que al menos sean especialistas (aunque ya se debiera haber llegado a la exigencia del PhD o el PsyD); se requiere de experiencia especializada relevante y conocimientos específicos en discapacidades intelectuales, el papel de la credibilidad (no en el sentido clínico de la psicología)⁹, la capacidad¹⁰, la identificación de déficits neuroconductuales (fortaleza propia de los neuropsicólogos) y otras variables psicológicas que han quedado al margen de las discusiones legales y la administración de justicia.

Respecto de la evaluación neurocognitiva y neuroconductual completa y competente, incluso se requiere la interacción entre verdaderos expertos, cada uno aportando habilidades y técnicas específicas necesarias para una comprensión clínica que sirva como base para emitir opiniones legales. Este proceso debe ser multidireccional; ciclos de retroalimentación mutua, que combinan recopilación de datos, evaluación e inferencia, donde los datos obtenidos por un experto informen a los demás, sugiriendo nuevas investigaciones o profundizaciones por parte

⁹ “La intervención del psicólogo forense, mediante el estudio de la credibilidad de las declaraciones, puede desempeñar un papel central en la carga de la prueba” (Vilariño, Formosinho & Cardoso, 2012, p.600; así como Novo y Seijo, 2010; Bensi, Gambetti, Nori & Giusberti, 2009).

¹⁰ En los procedimientos legales (especialmente los penales), la capacidad o aptitud (capacidad de obrar o poder de ejercicio), se refiere a las habilidades o funciones que una persona puede realizar, mientras que la competencia es una decisión legal que se basa en esas habilidades; en lo penal, esta competencia hace referencia a la imputabilidad, entendida como la capacidad de comprender lo ilícito de la conducta y de actuar conforme a dicha comprensión.

de cada uno (Kumar & Sadasivan, 2016). Además, según el informe del Subcomité de Evaluación Terapéutica y Tecnológica de la Academia Americana de Neurología (2001), los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas deben interpretarse teniendo en cuenta la edad del paciente, su nivel educativo, su situación socioeconómica y su contexto cultural. Todo esto genera la necesidad de una verdadera profesionalización del neuropsicólogo forense.

No se olvide que, por su parte, los neuropsicólogos clínicos buscan entender los procesos de enfermedad que afectan las funciones cognitivas para tratar trastornos específicos. En contraste, los neuropsicólogos forenses aplican principios neuropsicológicos para informar decisiones legales, priorizando el contexto judicial sobre el diagnóstico o tratamiento. Por esto, no se puede dejar al azar o al paquidérmico ritmo de los encargados de la calidad de las formaciones profesionales, la decisión sobre quiénes son los “peritos” en neuropsicología forense, sino que debe darse un avance de “pequeño” gremio, apoyado en las necesidades de los estratos judiciales y sus participantes. No se puede perder de vista que los neuropsicólogos pueden aportar conocimientos únicos sobre las relaciones cerebro-cognición-conducta, influyendo en decisiones legales sobre déficits cognitivos y sus causas, así como lesiones cerebrales y conducta.

Métodos, técnicas e instrumentos de la NPF

Evaluación neuropsicológica. Lo primero, que puede resultar incluso evidente, es que en neuropsicología forense varían los entornos de evaluación: Las evaluaciones se realizan en oficinas, residencias o instalaciones específicas, dependiendo del caso (civil o criminal) y las necesidades de seguridad. Pero, antes de evaluar, el examinador debe explicar su rol, los objetivos de la evaluación y obtener el consentimiento informado de su evaluado.

Aún en tales escenarios, la evaluación neuropsicológica forense es un proceso meticuloso que busca obtener información detallada sobre las funciones cognitivas y el comportamiento de la persona en el contexto del caso jurídico en el que está envuelta (Monroy & García, 2017; Bausela, 2008; Tirapu, 2007; Bausela, 2006). Se pueden distinguir varios pasos generales que se siguen en este tipo de evaluaciones, aunque resalta la importancia de la consulta inicial y la revisión del caso. En esta primera reunión se discuten los detalles del caso con el abogado y/o con el solicitante de la evaluación; se revisan los antecedentes del caso, incluyendo documentos legales, historia clínica e historial médico y otros registros relevantes de acuerdo con el objetivo de la participación forense.

La evaluación neuropsicológica en el contexto jurídico tiene múltiples y fundamentales propósitos que pueden influir significativamente en la resolución del caso desde la perspectiva legal o judicial o administrativa (Monroy & García, 2017; Iruarizaga, 1999). Por ejemplo, una “evaluación de capacidades cognitivas y funcionales”, permite identificar y medir la memoria, la atención, el lenguaje, las funciones ejecutivas y las habilidades motoras. Esto es crucial para determinar si un individuo tiene alguna discapacidad o trastorno que afecte su comportamiento o juicio.

Por su parte, la “determinación de la competencia legal”, ayuda a evaluar si una persona tiene la capacidad para defender sus derechos y adquirir obligaciones, participar en procesos legales, si puede entender los procedimientos judiciales, tomar decisiones informadas y colaborar con su defensa o como testigo (Iruarizaga, 1999). Mediante la capacidad jurídica, la persona puede contraer derechos y adquirir obligaciones y a través de la capacidad de ejercicio o facultad legal, la persona puede obligarse a sí misma, sin la intervención o autorización de otra. La disminución de la competencia legal o capacidad jurídica, puede conducir a la

declaración de interdicción judicial¹¹. La pérdida o sustracción de la capacidad jurídica y legal, tiene que entenderse como un padecimiento, que limita a la persona en su aspecto psíquico o psicológico, de comprensión y de comportamiento, que no le permite vislumbrar el alcance de sus actos, asumiendo riesgos excesivos o innecesarios en el manejo de su patrimonio.

De otro lado, la “evaluación de la responsabilidad penal”, puede proporcionar información sobre el estado mental de un individuo en el momento de cometer un delito, lo que ayuda a determinar si la persona era capaz de entender la naturaleza y las consecuencias de sus acciones, o si al estar bajo la influencia de un trastorno mental transitorio o permanente, no podía comprender que su conducta era delictiva o incluso, teniendo ese entendimiento, no podía comportarse de manera distinta (Monroy & García, 2017; Iruarrizaga, 1999; Ávila & Rodríguez, 1998).

En lo que respecta a la “valoración de daños y perjuicios”, en casos de demandas civiles o cuando se tasa el daño derivado de la conducta punible, una evaluación neuropsicológica puede ayudar a cuantificar los daños cognitivos y emocionales sufridos por una persona debido a un accidente, negligencia, agresión o derivado de un delito. Una evaluación técnico-científica puede influir directamente en las compensaciones económicas otorgadas por la justicia (Iruarrizaga, 1999).

Otro aspecto relevante, especialmente en los ámbitos penal, médico, civil, laboral y de familia es la “evaluación de la simulación y la disimulación”. Esta evaluación puede ayudar a detectar si un individuo está exagerando o fingiendo síntomas (simulación) o minimizando los

¹¹ Se viene tramitando, por iniciativa del Congreso de la República de Colombia, una ley para eliminar esta figura jurídica y optar por mantener incólume la competencia legal de las personas, aunque presenten cualquier tipo de limitaciones temporales o definitivas, con base en la salvaguarda de la dignidad humana. Se espera que el Legislativo alcance a vislumbrar la necesidad de la evaluación forense (psiquiátrica, psicológica, neuropsicológica, etc.), como medio para determinar el tipo de apoyo que se requiere en cada caso.

síntomas reales (disimulación) con el objetivo de influir en el resultado del caso legal (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011).

Ya en el ámbito penitenciario y de justicia terapéutica y restaurativa, la evaluación de la “rehabilitación y reintegración”, proporciona información valiosa para diseñar planes de tratamiento y rehabilitación personalizados, que pueden ser utilizados para ayudar a la persona a recuperarse y reintegrarse en la sociedad de manera segura y efectiva, al tiempo que puede informar más certeramente al Juez de Ejecución de Penas sobre la evolución del penado, su rehabilitación y su probable reintegración en sociedad.

Sin pretender haber agotado los objetivos de la evaluación neuropsicológica, también es relevante tener en cuenta que el neuropsicólogo puede rendir en juicio un “testimonio experto”. Además de presentar o sustentar los resultados de una evaluación realizada, los neuropsicólogos forenses pueden actuar como testigos expertos ante el juez o tribunal, ofreciendo una opinión profesional sobre ciertos aspectos específicos de su profesión, con lo cual pueden influir en las decisiones judiciales y, en algunos casos, ayudar a sentar doctrina sobre aspectos muy especializados de las neurociencias.

Entrevista clínica. Contrario a lo que sucede en el contexto general de la psicología forense, en la especialidad de la neuropsicología forense, se requiere de una entrevista claramente clínica, aunque su objetivo se limite a la evaluación y al diagnóstico, dejando al margen todo interés interventivo. La entrevista, al igual que la observación, son los pilares de la evaluación neuropsicológica, aunque hoy día se dé cierta mayor relevancia a las imágenes diagnósticas (Tejero, Gonzáles & García, 2014; Sattler, 2010; Sattler & Hoge, 2008; Portellano, 2007). Las entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas son herramientas fundamentales en la evaluación neuropsicológica forense por varias razones. Las entrevistas estructuradas siguen un formato fijo con preguntas predeterminadas, lo que garantiza que se

cubran los mismos temas con todos los individuos evaluados (consistencia). Esto permite una mayor comparabilidad entre evaluaciones; a esto se conoce como estandarización. Por su parte, las entrevistas semiestructuradas combinan preguntas predeterminadas con la flexibilidad de explorar áreas adicionales basadas en las respuestas del individuo. Esto permite al evaluador profundizar en temas relevantes y obtener una imagen más completa del estado del individuo.

A través de estas entrevistas, se puede obtener información exhaustiva (recopilación detallada de antecedentes) sobre la historia clínica, antecedentes familiares, educación, historial laboral y eventos significativos de la vida del individuo (Muñoz, Echeburúa & García, 2014; Camacho, 2011; Oyuela, 2011; Soria, 1998). Esta información es crucial para entender el contexto y los factores que pueden haber influido en el comportamiento y el rendimiento cognitivo del individuo. Además, durante la entrevista, el evaluador puede observar y evaluar el estado mental actual del individuo, incluyendo su orientación, estado de ánimo, pensamiento, percepción y juicio. Esto es esencial para identificar síntomas de trastornos mentales o neurológicos.

En general, las entrevistas permiten establecer una relación de confianza entre el evaluador y el individuo evaluado. Un rapport adecuado puede aumentar la cooperación y la sinceridad del individuo, lo que resulta en una evaluación más precisa y fiable. De manera particular, durante la entrevista, un evaluador experto puede detectar inconsistencias o comportamientos sospechosos que puedan indicar que el individuo está simulando (fingiendo) o disimulando (ocultando) síntomas. Esto es especialmente importante en el contexto forense, donde las motivaciones para manipular los resultados pueden ser altas.

Debido a la necesaria triangulación de la información en el contexto forense, la entrevista resulta vital para lograr la contextualización de los resultados de las pruebas aplicadas y las mediciones realizadas. La información obtenida en la entrevista ayuda a interpretar los

resultados de las pruebas neuropsicológicas dentro del contexto personal y situacional del individuo. Esto proporciona una comprensión más completa y precisa del estado neuropsicológico del individuo. Como ya se mencionó, las entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas son vitales para obtener una imagen detallada y holística del individuo evaluado, lo que a su vez permite una evaluación neuropsicológica forense más precisa y útil en el contexto jurídico.

Pruebas neuropsicológicas. La selección de pruebas o instrumentos de medición y evaluación debe responder a preguntas psicojurídicas específicas (evaluando inteligencia, memoria, percepción y funciones ejecutivas, entre otras) y no se debe supeditar a un presupuesto económico, ni mucho menos al gusto o preferencia del evaluador. Además, como en contextos forenses, se presta atención a la simulación y el engaño (frecuentes en casos de discapacidad o juicios penales), el instrumento escogido debe contar con escalas de validez, como inconsistencia, sinceridad, infrecuencia, deseabilidad social, impresión (negativa o positiva), devaluación, manipulación de la imagen personal, aquiescencia y otras similares; también es posible la combinación de instrumentos para controlar este aspecto (Mercurio, García-López y Ostrosky, 2017; Kerkmans y Gaudet, 2016; Rakoff, 2008). Sin embargo, se ha encontrado que la mayoría de los neuropsicólogos y abogados indican que los abogados no suelen observar directamente las pruebas neuropsicológicas (Essig, Mittenberg, Petersen, Strauman & Cooper, 2001).

Informe pericial. Los equipos jurídicos, así como el juez y los tribunales, esperan que los neuropsicólogos forenses presenten al menos un Informe Forense, un Peritaje o Experticia. Los informes escritos suelen respaldar de alguna manera y en alguna medida a quien contrató al evaluador; esto no hace referencia a que el “experto” abandone los principios éticos por “escribir en su informe lo que quien lo contrató desea leer”; más bien, tal tendencia, se relaciona

con que, con el informe forense, responde a la(s) pregunta(s) que hace el equipo jurídico y eso hace parte de su trabajo, especialmente cuando se tiene claridad en la teoría del caso que se defenderá en audiencia. De todas formas, el perito se esfuerza por realizar un trabajo técnico-científico, ajustado a la ley y a los principios éticos, de tal manera que su informe pueda ser omitido si las conclusiones no favorecen la posición del equipo jurídico. Aunque, los abogados reportan recibir datos sin procesar en casi todos los casos de evaluación de lesiones cerebrales, mientras que los neuropsicólogos afirman proporcionar datos procesados en la mayoría de los casos forenses (Tejero, Gonzáles & García, 2014; Sicard, 2011; Essig & cols., 2001; Hoyos, 1999; Ávila & Rodríguez, 1998; Soria, 1998).

Sustentación del informe y testimonio ante jueces y tribunales. Los neuropsicólogos reportan recibir pocas solicitudes para ayudar en la preparación del contrainterrogatorio del experto de la contraparte o en la preparación del cliente (los abogados informan lo contrario); pero, se invierte tiempo en la preparación de los clientes para las evaluaciones neuropsicológicas; en este aspecto, los abogados dedican hasta una hora a preparar a sus clientes, abordando temas como contenido de las pruebas, detección de simulación y síntomas de lesiones cerebrales (Muñoz, Echeburúa & García, 2014; Sicard, 2011; Essig & cols., 2001; Hoyos, 1999).

En el actual modelo procesal penal acusatorio, la prueba pericial consta de dos partes: primero, el informe escrito que presenta la base de la opinión técnica, científica, artística o especializada, el cual debe ser entregado a la contraparte con antelación para asegurar la equidad y el derecho a contradecirlo; segundo, la declaración personal del perito durante el juicio oral. Esta declaración permite mantener los principios de contradicción e inmediación del nuevo sistema judicial, ya que se rige por las reglas del testimonio. Durante el juicio, las partes pueden interrogar y contrainterrogar al perito neuropsicólogo sobre los temas del informe, con el

objetivo de que sus notas y razonamientos se traduzcan en conclusiones prácticas y comprensibles para las partes, el público y el juez.

De lo anterior se concluye que el informe escrito del perito sólo sirve como base para su testimonio y no es una prueba autónoma. Por lo tanto, es un gran error considerar el informe del neuropsicólogo como si fuera una prueba independiente y suficiente. Lo correcto, según la normatividad colombiana vigente, es considerar la prueba pericial en sí, es decir, la declaración testimonial del perito en la audiencia pública, ya que es en ese momento cuando, al ser interrogado y contrainterrogado, el experto aclara su opinión especializada.

Neuropsicología forense y conflictos jurídico-penales

De acuerdo con Bergalli, Bustos & Miralles (1983), el tramo biológico, que incluye funciones como las vegetativas, las hormonales, el sistema nervioso y el cerebro subcortical, es clave para explicar cómo las disfunciones cerebrales se relacionan con la criminalidad. Según estos autores, como en el cerebro subcortical se originan los instintos, las emociones, las necesidades y los impulsos, entonces las lesiones en esta área pueden transformar los estímulos externos que incitan al crimen en comportamientos delictivos, actuando estos estímulos como desencadenantes del delito y no como sus causas directas.

Phineas Gage, un capataz de 25 años, sufrió un accidente en 1848 cuando una barra de hierro atravesó su cráneo, dañando su cerebro. Sorprendentemente, sobrevivió y se recuperó físicamente, pero su personalidad cambió drásticamente: de ser responsable y sociable, se volvió caprichoso e irresponsable. Este caso influyó en el estudio de la relación entre el cerebro y el comportamiento, ya que se descubrió que el daño en el lóbulo frontal fue la causa del cambio de personalidad. Años después, a finales de los años 80, Damasio (2013), utilizó tecnología

moderna para confirmar estos hallazgos y explicar cómo el cerebro maneja las emociones y la toma de decisiones.

En 2003, un hombre de 40 años, sin antecedentes de trastornos comportamentales de la sexualidad, fue sentenciado por acoso sexual a menores (luego se determinó la existencia de una pedofilia adquirida). Este caso alcanzó fama en el ámbito de la neurología criminológica porque cuestionó conceptos como el libre albedrío del delincuente, el dolo y la culpa. Durante la investigación, se descubrió que el hombre tenía un hemangiopericitoma en la región orbitofrontal del cerebro. Tras la remoción del tumor, los síntomas pedofílicos desaparecieron y se le concedió la libertad. Sin embargo, un año después, los síntomas reaparecieron y una nueva resonancia mostró que el tumor había vuelto; después de una segunda cirugía, los síntomas conductuales y los déficits constructivos, incluida una agrafia, nuevamente desaparecieron. La conclusión más relevante es que las anomalías orbitofrontales se asocian con un control deficiente de los impulsos, una conducta sexual alterada y sociopatía, a pesar de la conservación del conocimiento moral. Los resultados muestran que el paciente mostraba una conducta sexual impulsiva con pedofilia, una apraxia constructiva marcada y agrafia. Este caso ilustra que, además de sociopatía y parafilia adquiridas, la apraxia constructiva puede surgir de una disfunción del lóbulo prefrontal derecho (Burns & Swerdlow, 2003).

A partir de estudios logran una actualización de las conclusiones de Moffitt (1993), sobre la diferencia entre “infractores limitados a la adolescencia” e “infractores persistentes a lo largo de la vida”, se confirma que los principales predictores del comportamiento antisocial persistente son déficits neuropsicológicos, problemas en la crianza y exclusión social. Numerosos estudios bien diseñados han demostrado que los malos resultados en pruebas neuropsicológicas están asociados con trayectorias delictivas persistentes. Existe buena

evidencia de que el comportamiento delictivo persistente se caracteriza por dificultades en funciones mentales, especialmente en las funciones verbales y ejecutivas.

Resumiendo, tales estudios aportan una serie de conclusiones clave sobre la afectación en las funciones ejecutivas (FE) presente en los infractores penales: Tanto adolescentes como adultos infractores muestran un desempeño significativamente inferior (déficits) en tareas de funciones ejecutivas en comparación con no-infractores; los jóvenes con menor control inhibitorio tienen más probabilidades de ser infractores de inicio precoz (detenidos antes de los 12 años); los infractores juveniles severos presentan un bajo rendimiento en funciones cognitivas relacionadas con la memoria de trabajo y autocontrol; existe una relación entre el abuso de alcohol de los padres y la comisión de delitos violentos en la adolescencia, afectando las FE en los hijos; los adolescentes infractores responden más lentamente en tareas de control cognitivo en comparación con un grupo control (no delincuencial); los infractores violentos tienen más dificultades en FE que los no violentos; los déficits en FE, incluso sutiles, pueden contribuir a comportamientos antisociales en infractores adolescentes de inicio tardío; los jóvenes infractores persistentes muestran déficits en habilidades neurocognitivas, incluyendo las funciones ejecutivas, no atribuibles a otros factores como déficit atencional o adversidad psicosocial; los infractores con y sin rasgos psicopáticos presentan impedimentos en tareas de inhibición comportamental; los adolescentes infractores cometen más errores en pruebas neuropsicológicas, especialmente en elementos relacionados con FE; los infractores juveniles violentos tienen dificultades en memoria de trabajo, planificación y muestran una toma de decisiones arriesgada (Muscatello, Scimeca, Pandolfo, Micò, Romeo, Mallamace, Mento, Zoccali, & Bruno, 2014; Zou, Meng, Ma, Deng, Du, Wang, Chen & Hu, 2013; Iselin y DeCoster, 2012; Tung y Chhabra, 2011; Miura 2009; Carroll, Hemingway, Bower, Ashman, Houghton &

Durkin, 2006; Grekin, Brennan & Hammen, 2005; Bergeron y Valliant 2001; Roussy y Toupin 2000).

Estos casos, investigaciones y hallazgos, ilustran cómo las disfunciones cerebrales pueden influir en el comportamiento criminal y plantean preguntas importantes sobre la responsabilidad y la culpabilidad en el contexto legal. Actualmente, resulta mucho más sencillo argumentar la inocencia de una persona que, debido a un accidente o a un tumor cerebral, ha desarrollado un síndrome de “psicopatía o sociopatía adquirida” (Barcia, 2011). Sin embargo, los pocos estudios realizados concluyen sólo esporádicamente la existencia de disfunciones frontotemporales entre los agresores sexuales; tal evidencia aún resulta escasa y podría no ser específica de este tipo de delito (Joyal, Black & Dassylva, 2007). Aunque resulta innegable la existencia de anomalías frontotemporales basales (muy significativas en pedófilos), que también se asocia con la delincuencia y la criminalidad en general. Este perfil se caracteriza por disfunciones ejecutivas de orden inferior (atención sostenida e inhibición) y déficits verbales con capacidades intactas o buenas para el funcionamiento ejecutivo de orden superior (razonamiento y flexibilidad cognitiva) y el procesamiento visoespacial entre los agresores sexuales (Joyal & Cols., 2007).

A manera de conclusión: ¿Es aplicable la neuropsicología forense hoy día en la resolución de problemas jurídico-penales en Colombia?

Se pueden reducir los problemas clave de la aplicación de la neuropsicología forense en la resolución de problemas jurídico-penales en Colombia hoy día, en dos aspectos puntuales: La validación y la legitimación de los postulados neurocientíficos vigentes. Para la definitiva legitimación y validación de los aportes neurocientíficos sería necesario una serie de conflictos de base filosófica, doctrinaria, jurisprudencial y de interpretación social-crimnológica.

Determinismo vs. Libre Albedrío.

El problema estaría en que la explicación de la conducta criminal desde una perspectiva neurocientífica, la decisión penal basada en neuroderecho y la implementación de tratamientos neurocientíficos para la resocialización del penado, podría validar una corriente de pensamiento determinista, equiparando la naturaleza humana con la animal y aceptando que el ser humano está completamente determinado por funciones cerebrales y psico-químicas. Esto podría impactar fuertemente al derecho penal como se conoce actualmente; podría incluso socavar el sistema de responsabilidad penal y justificar únicamente medidas de seguridad en lugar de penas, negando la capacidad humana de elegir y actuar libremente. Obviamente, en las últimas cinco décadas se ha venido logrando posturas moderadas entre quienes desde la ciencia y el derecho defienden la “obviedad” del determinismo y quienes mantienen una postura más bien humanista e incluso “creacionista”.

La Validación Empírica.

El problema subyace a la actual incapacidad para sostener “verdades neurocientíficas”. Los estudios neurocientíficos actuales no pueden ser absolutamente concluyentes ya que, según algunos, “no se han aplicado a cada individuo” y a cada contexto y se debe tener en cuenta que las experiencias y reacciones son únicas en cada persona, lo que plantea un problema de validación. Pero, por otro lado, los resultados de investigación no resultan del todo concluyentes y a esto se suma la variedad de métodos, instrumentos e hipótesis de investigación. Esta falta de consenso empírico sobre la libertad humana y la singularidad de cada individuo impide la generalización de los estudios neurocientíficos y sus conclusiones.

Aplicación y Eficacia de los Hallazgos científicos.

Surge un problema de la insuficiencia de las correlaciones entre déficits en ciertas áreas cerebrales y comportamientos delictivos violentos, que impide formular diagnósticos generales y tendencias generalizables. En términos de explicación, prevención y tratamiento, sólo en casos muy específicos, los hallazgos neurocientíficos podrían ser necesarios y efectivos. La generalización de los avances neurocientíficos actuales podría ser ineficaz y no abordar la mayoría de los casos de delincuencia, que no son necesariamente violentos.

El Debate sobre Derechos Humanos.

Un poco relacionado con lo dicho al inicio de estas conclusiones, la aplicación de ciertas explicaciones y hallazgos neurocientíficos, además de plantear la discusión jurídica sobre la dignidad humana, ya genera en algunos políticos (más que en juristas y científicos) un dilema sobre la posible vulneración de los derechos humanos. En especial en lo relacionado con los “tratamientos neurocientíficos”, resulta crucial superar el debate sobre la posible violación de los derechos humanos y fundamentales, especialmente en un país donde tales violaciones son comunes.

En últimas, los avances en neurociencia (especialmente en neuropsicología) tienen el potencial de aportar herramientas valiosas en el ámbito del derecho penal, pero su implementación requiere una validación cuidadosa y un consenso ético y científico. Cada avance científico cambia los paradigmas sociales, y en el contexto criminal, la neurociencia debe ser considerada como parte de una solución más amplia y compleja.

Referencias

- Albright, T. D. & Neville, H. J. (2000). Neurosciences. In R. A. Wilson & F. C. Keil (Eds.), *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences* (pp. li-lxxii). Massachusetts, USA: The MIT Press.
- American Psychological Association (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *The American psychologist*. 68(1), 7-19. <https://doi.org/10.1037/a0029889>
- Ávila, A. & Rodríguez Sutil, C. (1998). Evaluación psicológica forense. En M. Clemente (Coord.), *Fundamentos de la psicología jurídica*, pp. 149-163. Madrid, España: Pirámide.
- Barcia Salorio, D. (2011). Responsabilidad y patología cerebral. *Revista de Occidente*, 356, 80-97.
- Bausela Herreras, E. (2006). La evaluación neuropsicológica: Procedimiento, instrumentos y variables. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, 7(1), 19-26.
- Bausela Herreras, E. (2008). Evaluación neuropsicológica en población adulta; instrumentos de evaluación. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 2(2), 136-149.
- Beiras, A. (1998). Estado actual de las neurociencias. En: L. Doval & M.A. Santos R. (Eds.). *Educación y Neurociencia*, Santiago de Compostela, España: Universidad de Santiago de Compostela [pp. 21-31].
- Bensi, L., Gambetti, E., Nori, R. & Giusberti, F. (2009). Discerning truth from deception: the sincere witness profile. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(1), 101-121.
- Bergalli, R., Bustos Ramírez, J. & Miralles, T. (1983). *El Pensamiento criminológico. Volumen I Un Análisis Crítico*. Bogotá, D.C., Colombia: Temis.
- Bergeron, T. K., & Valliant, P. M. (2001). Executive function and personality in adolescent and adult offenders vs. non-offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 33(3), 27-45. https://doi.org/10.1300/J076v33n03_02
- Blakemore, S. J. & Frith, U. (2007). *Cómo aprende el cerebro: Las claves para la educación*. Barcelona, España: Ariel.
- Blanco, C. (2014). *Historia de la neurociencia: El conocimiento del cerebro y la mente desde una perspectiva interdisciplinar*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Burns, J. M. & Swerdlow, R. H. (2003). Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Archives of Neurology*, 60(3), 437-440. <https://doi.org/10.1001/archneur.60.3.437>
- Bush, S. S. & Martin, T. A. (2006) Applied Neuropsychology: Special Issue Ethical Controversies in Neuropsychology. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 63-67. https://doi.org/10.1207/s15324826an1302_1
- Camacho Galindo, J. E. (2011). Elementos básicos de metodología aplicados a la investigación en psicología jurídica. En G. Hernández (Comp), *Psicología jurídica iberoamericana*, pp. 155-196. Bogotá, D.C., Colombia: Manual Moderno.
- Carrión, J. L. (2015). *Fundamentos de neuropsicología humana*. Madrid, España: Síntesis.

- Carroll, A., Hemingway, F., Bower, J., Ashman, A., Houghton, S. & Durkin, K. (2006). Impulsivity in juvenile delinquency: Differences among early onset, late-onset, and non-offenders. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9053-6>
- Churchland, P. S. & Sejnowski, T. J. (1988). Perspectives on Cognitive Neuroscience. *Science*, 242(4879), 741-745. <https://doi.org/10.1126/science.3055294>
- Damasio, A. R. (2013). *El error de descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona, España: Booket Ciencia.
- 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*, 11(1), 141-159.
- Ellis, A. W. & Young, A. W. (1992). *Neuropsicología cognitiva humana*. Barcelona, España: Masson.
- Essig, S. M., Mittenberg, W., Petersen, R. S., Strauman, S. & Cooper, J. T. (2001). Practices in forensic neuropsychology: Perspectives of neuropsychologists and trial attorneys. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(3), 271-291. <https://doi.org/10.1093/arclin/16.3.271>
- Fuertes Rocañín, J. C. & Cabrera Forneiro, J. (2007). *La salud mental en los tribunales*. Segunda edición. Madrid, España: Arán.
- Gazzaniga, M. S. (1984; Ed.). *Handbook of cognitive neuroscience*. New York, USA: Plenum Press.
- Gazzaniga, M. S. (1989). Organization of the human brain. *Science*, 245(4921), 947-952. <https://doi.org/10.1126/science.2672334>
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (1998). *Cognitive neuroscience: The biology of mind*. New York, USA: Norton.
- Granit, R. (1972). Award ceremony speech 1963. In *Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1963-1970*, Elsevier Publishing Company, Amsterdam. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1963. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1963/ceremony-speech/>
- Grant, G. (1999). *How Golgi Shared the 1906 Nobel Prize in Physiology or Medicine with Cajal*. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1906 Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1906/article/>
- Grekin, E. R., Brennan, P. A. & Hammen, C. (2005). Parental alcohol use disorders and child delinquency: The mediating effects of executive functioning and chronic family stress. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(1), 14-22. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.14>
- Heilbronner, R. L. (2004). A status report on the practice of forensic neuropsychology. *Clinical Neuropsychology*, 18(2), 312-326. doi:10.1080/13854040490501574.
- Hoyos Botero, C. (1999). *Manual de psicología jurídica*. Medellín, Colombia: Señal Editora.
- Iruarizaga, I. (1999). El papel profesional del neuropsicólogo en el ámbito forense. *Anuario de Psicología jurídica*, 9(1), 133-143.
- Iselin, A. M. R., & DeCoster, J. (2012). Unique relations of age and delinquency with cognitive control. *Journal of Adolescence*, 35(2), 367-379. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.08.004>

- Jarne Esparcia, M. A. & Hernández Sánchez, J. A. (2001). Neuropsicología forense: Una Nueva especialidad. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11(1), 21-34.
- Joyal, C. C., Black, D. N. & Dassylva, B. (2007). The Neuropsychology and Neurology of Sexual Deviance: A Review and Pilot Study. *Sexual Abuse*, 19(2), 155-173. <https://doi.org/10.1177/107906320701900206>
- Junqué, C. & Barroso, J. (1995). *Neuropsicología*. Madrid, España: Síntesis.
- Junqué, C. & Barroso, J. (2009; Coords.). *Manual de Neuropsicología*. Madrid, España: Síntesis.
- Kandel, E., Schwartz, J. & Jessell, T. H. (1997). *Neurociencia y conducta*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Kerkmans, J. P. & Gaudet, L. M. (2016). Daubert on the brain: How New Mexico's Daubert standard should inform its handling of neuroimaging evidence. *New Mexico Law Review*, 46(2), 383-410. DOI: <https://ssrn.com/abstract=2862029>
- Kiehn, O. & Forssberg, H. (2014). *The Brain's Navigational Place and Grid Cell System*. Scientific Background. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2014. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/advanced-medicineprize2014.pdf>
- Knapp, S. & VandeCreek, L. (2001). Ethical issues in personality assessment in forensic psychology. *Journal of personality assessment*, 77(2), 242-254. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7702_07
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2006). *Neuropsicología humana*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Kosslyn, S. M. (1988). Aspects of a cognitive neuroscience of mental imagery. *Science*, 240(4859), 1621-1626. <https://doi.org/10.1126/science.3289115>
- Kumar, J. K. & Sadasivann, A. (2016). Neuropsychology in India. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(8), 1252-1266. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1197314>
- LeDoux, J. E. y Hirst, W. (1986; Eds.). *Mind and brain: Dialogues in cognitive neuroscience*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Leonard, E. L. (2015). Forensic neuropsychology and expert witness testimony: An overview of forensic practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43(3), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.08.023>
- Maffioletti, F. & Salinas, M. (2005). *Manual: Estrategias de evaluación pericial en abuso sexual infantil*. Santiago de Chile, Chile: Servicio Nacional de Menores, Gobierno de Chile.
- Manes, F. & Niro, M. (2014). *Usar el cerebro: Conocer nuestra mente para vivir mejor*. Buenos Aires, Argentina: Planeta.
- Matarazzo, J. D. (1990). Psychological assessment versus psychological testing. *The American Psychologist*, 45, 999-1017.
- Mercurio, E., García-López, E. & Ostrosky, F. (2017). Adolescentes, pena de muerte y prisión perpetua. Perspectivas desde el Neuroderecho. En F. Ostrosky (Ed.). *Cómo se debe resolver un crimen*. México: Manual Moderno.

- Miura, H. (2009). Differences in frontal lobe function between violent and nonviolent conduct disorder in male adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(2), 161-166. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01935.x>
- Monroy Vite, N. & García-López, E. (2017). Neuropsicología forense, una aportación al sistema de justicia en México. *Revista Criminalidad*, 59(3), 163-181. <https://doi.org/10.47741/17943108.79>
- Monti, C., Saffi, F., Martins de Barros, D., Machado Días, A., Teruo Akiba, H. & De Pádua Serafim, A. (2015). Forensic neuropsychological assessment: Clinical case of depression and working incapacity. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 86-89. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000061>
- Montoya Zuluaga, P. A., Puerta Lopera, I. C. & Arango Tobón, O. E. (2013). La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 258-277.
- Muñoz, J. M., Echeburúa, E. & García López, E. (2014). La exploración psicopatológica en psicología forense: Integración en el informe pericial. En E. García López (Coord.), *Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia*, pp. 54-88. Bogotá, D.C., Colombia: Manual moderno.
- Muscatello, M. R. A., Scimeca, G., Pandolfo, G., Micò, U., Romeo, V., Mallamace, D., Mento, C., Zoccali, R., & Bruno, A. (2014). Executive functions and basic symptoms in adolescent antisocial behavior: A cross-sectional study on an Italian sample of late-onset offenders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 631-638. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.015>
- Novo, M. & Seijo, D. (2010). Judicial judgement-making and legal criteria of testimonial credibility. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2(2), 91-115.
- Ostrosky, F. (2014). Conducta violenta y sus bases biológicas: Neuroimagen, Neuropsicología, Electrofisiología y Genética. En E. García (Ed.), *Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia*, (pp. 464-476). Bogotá, D.C., Colombia: Manual Moderno.
- Ottoson, D. (1993). Award ceremony speech 1981. In *Nobel Lectures, Physiology or Medicine 1981-1990*, Editor-in-Charge Tore Frängsmyr, Editor Jan Lindsten, World Scientific Publishing, Singapore. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1981/ceremony-speech/>
- Oyuela, R. (2011). Algunos lineamientos conceptuales de las técnicas de recolección de información en el contexto de la psicología jurídica. En G. Hernández (Comp), *Psicología jurídica iberoamericana*, pp. 297-308. Bogotá, D.C., Colombia: Manual Moderno.
- Peña-Casanova, J. & Barraquer i Bordas, L. (1983) *Neuropsicología*. Barcelona, España: Toray.
- Pietzsch, J. (2009a). *Speed read: Network Management*. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1932. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1932/speedread/>
- Pietzsch, J. (2009b). *Speed read: Tailoring nerve transmissions*. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1944. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1944/speedread>
- Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología infantil*. Madrid, España: Síntesis.
- Posner, M. I, Petersen, S. E., Fox, P. T. & Raichle, M. E. (1988). Localization of cognitive operations in the human brain. *Science*, 240(4859), 1627-1631. <https://doi.org/10.1126/science.3289116>

- Posner, M. I. & Digirolamo, G. J. (2000). Cognitive neuroscience: Origins and promise. *Psychological Bulletin*, 126, 873-889. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.873>
- Posner, M. I., Pea, R. & Volpe, B. (1982). Cognitive neuroscience: Developments toward a science of synthesis. In J. Mehler, E. C. T. Walker & M. Garret (Eds.), *Perspectives on mental representations: Experimental and theoretical studies of cognitive processes and capacities* (pp. 251-276). New Jersey, USA: Erlbaum.
- Puente, A. E. (1997). Forensic clinical neuropsychology as a paradigm for clinical neuropsychological assessment. En R. J. McCaffrey, A. D. Williams, J. M. Fisher & L. C. Laing, *The practice of forensic neuropsychology*. New York, USA: Plenum Press.
- Rains, G. D. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. México, D.F., México: McGraw Hill
- Rakoff, J. S. (2008). Science and the Law: Uncomfortable Bedfellows. *Seton Hall Law Review*, 38(4), 1379-1393. Disponible en: <https://scholarship.shu.edu/shlr/vol38/iss4/7>
- Report of The Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of The American Academy Of Neurology (2001). Assessment: Neuropsychological testing of adults Considerations for neurologists. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(3), 255-269. <https://doi.org/10.1093/arclin/16.3.255>
- Rivera T., J. & Olea, C. (2007). Peritaje en víctimas de abuso sexual infantil: Un Acercamiento a la práctica chilena. *Cuadernos de Neuropsicología*, I(3), 284-295.
- Roussy, S. & Toupin, J. (2000). Behavioral inhibition deficits in juvenile psychopaths. *Aggressive Behavior*, 26(6), 413-424. [https://doi.org/10.1002/10982337\(200011\)26:6<413::AID-AB1>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/10982337(200011)26:6<413::AID-AB1>3.0.CO;2-Q)
- Salas Silva, R. (2003). ¿La Educación necesita realmente de la neurociencia? *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (29), 155-171. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052003000100011>
- Salgado, R., Chía, E., Fernández, H., Navarro, J. & Valdés, A. (2005). *Protocolo para la evaluación psicológica pericial de delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes*. Santiago de Chile, Chile: Programa de Educación Para la No-Violencia, P.U.C.
- Sattler, J. M. & Hoge, R. D. (2008). *Evaluación infantil: aplicaciones conductuales, sociales y clínicas*. Volumen II. Quinta Edición. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Sattler, J. M. (2010). *Evaluación infantil. Fundamentos Cognitivos*. Volumen I. Quinta Edición. Ciudad de México, México: Manual Moderno.
- Shaw, J. & Porter, S. (2015). Constructing rich false memories of committing crime. *Psychological Science*, 26(3), 291-301. <https://doi.org/10.1177/0956797614562862>
- Sicard, R. (2011). El perito psicólogo y la prueba pericial psicológica: Fundamento de la eficiencia judicial en Colombia. En G. Hernández (Comp), *Psicología jurídica iberoamericana*, pp. 231-282. Bogotá, D.C., Colombia: Manual Moderno.
- Soria, M. A. (1998). *Psicología y práctica jurídica*. Barcelona, España: Ariel Derecho.
- Sweet, J. J. (1999). *Forensic neuropsychology: Fundamentals and practice*. Swets & Zeitlinger Publishers.

- Tapias Saldaña, A. C. (2017). La evaluación psicológica forense. En A. C. Tapias Saldaña (Comp.), *Psicología forense. Casos y modelos de pericias para América Central y del Sur*, pp. 19-38. Bogotá, D.C., Colombia: Ediciones de la U.
- Taylor, J. S., Harp, J. A. & Elliott, T. (1991). Neuropsychologists and neurolawyers. *Neuropsychology*, 5(4), 293-305. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.5.4.293>
- Tejero Acevedo, R., Gonzáles Trijueque, D. & García López, E. (2014). Elaboración de informes periciales psicológicos en las disputas sobre guarda y custodia de los hijos. En E. García López (Coord.), *Psicopatología forense. Comportamiento humano y tribunales de justicia*, pp. 123-161. Bogotá, D.C., Colombia: Manual moderno.
- Tirapu Ustároz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 189-211.
- Tung, S., & Chhabra, N. (2011). A comparative study on the neuropsychological status of delinquent and non-delinquent boys. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 121-127. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.530772>
- Ungerstedt, U. (2000). *Award ceremony speech 2000*. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2000. Disponible en: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2000/ceremony-speech/>
- Verdejo, A., Alcázar-Córcoles, M. A, Gómez-Jarabo, G. A. & Pérez-García, M. (2004). Pautas para el desarrollo científico y profesional de la neuropsicología forense. *Revista de Neurología*, 39(1), 60-73.
- Vilariño Vásquez, M., Formosinho Sánchez, M. & Cardoso de Jesús, P. R. (2012). Obtención del testimonio y evaluación de la credibilidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 599-607.
- Woods, G. W., Freedman, D. & Greenspan, S. (2012). Neurobehavioral assessment in forensic practice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 432-439. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.09.014>
- Zou, Z., Meng, H., Ma, Z., Deng, W., Du, L., Wang, H., Chen, P. & Hu, H. (2013). Executive functioning deficits and childhood trauma in juvenile violent offenders in China. *Psychiatry Research*, 207(3), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.013>