

Academia Pericial

CESP

Mini Manual

Evaluación Forense del TEPT

Trauma Complejo, Apego y Disociación

Dra. Elisa Micciola

Psicóloga Forense · Criminóloga · Doctora en Psicología

Especialista en Violencia, Victimización y Trauma

Clase 2 · Curso TEPT y Diagnóstico Psicopatológico Forense · 16 de junio de 2026

MÓDULO 1: El Cerebro y el Trauma

Para entender el TEPT es imprescindible comprender lo que ocurre en el cerebro cuando se enfrenta a una experiencia traumática. No se puede evaluar lo que no se comprende neurobiológicamente.

1.1 Los Tres Niveles del Cerebro

El cerebro humano funciona en tres niveles interconectados. En condiciones normales, los tres trabajan de forma coordinada y jerarquizada:

NEOCÓRTEX (superior)	SISTEMA LÍMBICO (medio)	TRONCO ENCEFÁLICO (base)
Funciones ejecutivas superiores	Emociones y reacciones de supervivencia	Funciones vitales automáticas
Razonamiento lógico, lenguaje, pensamiento crítico, planificación estratégica	Procesamiento emocional, respuesta al peligro, memoria (amígdala + hipocampo)	Ritmo cardíaco, respiración, deglución — fuera de control voluntario
Lo que nos diferencia de otros animales	Compartido con otros animales	Biológico básico
Lento pero sofisticado. En trauma: se APAGA	Rápido y reactivo. En trauma: TOMA EL MANDO	Siempre activo. Base del sistema nervioso autónomo

1.2 Los Protagonistas: Amígdala e Hipocampo

Estas dos estructuras del sistema límbico son los actores centrales de toda reacción traumática:

HIPOCAMPO — El Archivista

Procesa y organiza la memoria. Toda información nueva pasa por él para integrarse a la memoria episódica (secuencial, accesible, con contexto temporal). Permite recordar eventos de forma ordenada y narrable.

Ejemplo: Si te pregunto qué desayunaste ayer, tu hipocampo recupera ese recuerdo de forma organizada: lugar, hora, secuencia.

AMÍGDALA — El Sistema de Alarma

Detecta amenazas y gestiona emociones. Ante el peligro, APAGA el neocórtex (demasiado lento) y activa las conductas de supervivencia de forma instantánea. Es antigua evolutivamente y reacciona antes de que 'pensemos'.

Ejemplo: Ves un objeto similar a una serpiente → la amígdala activa el salto de susto ANTES de que el neocórtex identifique que era solo una cuerda.

Clave para la Evaluación Forense

El trauma no se registra como un recuerdo narrativo normal (hipocampo). Se registra como fragmentos sensoriales y emocionales (amígdala).

Por eso las víctimas de trauma NO pueden narrar el suceso como una historia lineal. Esto NO es fabulación ni inconsistencia: es neurobiología.

Cada vez que un recuerdo se evoca y narra, se vuelve a guardar con pequeñas variaciones. Interrogar repetidamente a una víctima CONTAMINA la huella mnemónica.

1.3 Qué Ocurre en el Cerebro Durante el Trauma

Cuando la amígdala detecta una amenaza grave, desencadena una cascada que tiene consecuencias directas en cómo se almacena el recuerdo:

La Secuencia Neurobiológica del Trauma

1. La amígdala detecta peligro → activa respuesta de supervivencia
2. Se DESACTIVA gran parte del neocórtex (demasiado lento para sobrevivir)
3. El cerebro entra en modo supervivencia: LUCHA / HUIDA / PARÁLISIS
4. El hipocampo no puede procesar el evento de forma normal (sin contexto temporal, fragmentado)
5. La memoria queda almacenada como fragmentos sensoriales: imágenes, olores, sonidos, sensaciones corporales
6. Resultado: el TEPT es un cerebro que SIGUE funcionando a medias mucho después del evento

⚠ ¿Por qué las víctimas no recuerdan todo?

No es pérdida de credibilidad. Es un mecanismo protector del cerebro.

Los recuerdos traumáticos son fragmentados porque el hipocampo estaba parcialmente inhibido durante el evento.

Los 'huecos' en el relato son información forense RELEVANTE, no señal de mentira.

MÓDULO 2: Reacciones Peritraumáticas

Las reacciones que ocurren DURANTE el evento traumático (peritraumáticas) predicen la sintomatología posterior. Conocerlas permite hacer un análisis forense mucho más sólido.

2.1 Las Tres Respuestas de Supervivencia

Ante una amenaza, el sistema nervioso puede desencadenar tres respuestas. Las dos primeras son hiperactivación; la tercera es hipoactivación extrema:

 LUCHA	 HUIDA	 PARÁLISIS / CONGELACIÓN
Respuesta activa agresiva	Respuesta activa escapatoria	Respuesta pasiva de desconexión
El sistema considera que puede enfrentar la amenaza	El sistema considera posible escapar	El sistema considera que NO hay salida posible
Circuito neurológico: RABIA → irritabilidad, confrontación	Circuito neurológico: MIEDO → pánico, ansiedad	Circuito neurológico: VERGÜENZA/INDEFENSIÓN → depresión, disociación
Sintomatología posterior: ira, hostilidad, tendencia a denunciar	Sintomatología posterior: ataques de pánico, rumiación, ansiedad cognitiva	Sintomatología posterior: estados depresivos, desconexión, mayor riesgo disociativo
En la evaluación: gritan, pelean, resisten activamente	En la evaluación: escapan, evitan, se fugan	En la evaluación: no se mueven, se quedan 'congelados', no gritan

Aplicación Forense Crítica

Explorar CÓMO reaccionó la persona durante el evento (¿gritó? ¿se quedó paralizada? ¿peleó?) permite predecir y validar la sintomatología posterior.

Si una mujer que no gritó ni luchó durante una agresión sexual tiene luego síntomas de depresión y desconexión → COHERENTE con respuesta de parálisis.

Si quien luchó tiene luego rabia intensa y dificultad para confiar → COHERENTE con respuesta de lucha.

La coherencia reacción peritraumática ↔ evolución clínica es un indicador de autenticidad forense.

2.2 La Teoría Polivagal y la Ventana de Tolerancia

El modelo polivagal (Stephen Porges) explica cómo el sistema nervioso autónomo regula el estado fisiológico y emocional. La 'ventana de tolerancia' es el rango dentro del cual el cerebro puede funcionar normalmente:

La Ventana de Tolerancia

DENTRO de la ventana → ZONA SEGURA: La persona puede pensar, sentir y relacionarse. Tiene capacidad de autorregulación.

SOBRE la ventana (HIPERACTIVACIÓN): Alerta extrema, pánico, ira desbordada, flashbacks. El cerebro 'sale disparado hacia arriba'.
BAJO la ventana (HIPOACTIVACIÓN): Entumecimiento, disociación, depresión, colapso. El cerebro 'se hunde hacia abajo'.
⚡ En trauma repetitivo: la ventana se ACHICA progresivamente. La persona se desborda con estímulos cada vez menores.

Disparadores (Triggers)

Estímulos que activan el sistema de alarma traumático (amígdala) porque fueron parte del contexto del evento original. Pueden ser sensoriales (olores, sonidos, texturas), visuales (personas similares al agresor, lugares) o emocionales (sentirse atrapada, sin salida). La persona no elige ser disparada: es una respuesta automática subcortical.

Ejemplo: Una víctima de violación en que el agresor usaba un perfume específico puede disociarse al pasar por alguien con ese mismo olor en el metro.



Para la Evaluación: Explorar Disparadores en Detalle

Los disparadores son evidencia forense de primer orden. Son específicos, concretos y reflejan el contexto del evento.

Técnica: preguntar qué situaciones, olores, sonidos, imágenes, contextos activan los síntomas actualmente.

Si los disparadores son coherentes con el relato del hecho (misma persona, lugar, circunstancia), esto fortalece la hipótesis de que el evento ocurrió.

Ejemplo real: 'me desencadeno con la ducha, la sangre, el olor de cierto perfume, un hombre con cierta altura' → disparadores muy específicos y consistentes con el relato del abuso.

2.3 Reacciones en Niños Pequeños

Los niños, especialmente los preverbales (menores de 3-4 años), no pueden articular el miedo con palabras. Sus señales son conductuales y fisiológicas:

Niño en estado seguro / regulado	Niño ante una amenaza o figura hostil
Contacto visual con el cuidador	Retira la mirada o la fija en la fuente de miedo
Curiosidad, juego, exploración	Paralización total, cesa el juego
Sonríe, vocaliza, interactúa	Cara inexpresiva, sin sonrisa, sin movimiento
Tolera la separación breve del adulto	Se aferra al adulto o se desconecta completamente
Responde a consuelo verbal y táctil	No responde al consuelo, puede 'irse' (hipodisociación)



El Rol del Adulto es Decisivo

Cuando el adulto cuidador NO nombra ni pone en palabras el miedo del niño —es decir, no le dice 'veo que tienes miedo, esto fue difícil, yo estoy aquí'— el niño no puede salir solo de la hipoactivación. Los niños no pueden procesar el miedo sin un adulto que lo nombre primero.

Sin esa regulación co-construida, el niño se desliza hacia estados de mayor disociación.

Esto tiene implicaciones periciales: no solo importa lo que le ocurrió al niño, sino qué respuesta tuvo el entorno adulto posterior al evento.

MÓDULO 3: Apego y Trauma del Desarrollo

El sistema de apego es el sistema de supervivencia más básico del ser humano. Cuando la fuente del trauma ES la figura de apego, el daño alcanza una dimensión que supera cualquier otro tipo de traumatización.

3.1 ¿Qué es el Apego? Más allá del Mito Popular

El apego ha sido trivializado en la cultura popular ('¿qué tipo de apego tengo?', tests en revistas). Es importante recuperar su significado técnico real:

APEGO (definición técnica)

Sistema biológico de vinculación que garantiza la supervivencia del niño a través del vínculo con una figura protectora. No es 'cariño' ni 'cercanía emocional': es el mecanismo que asegura que el niño NO muera por su absoluta dependencia del adulto.

Ejemplo: Un ciervo neonato puede caminar y unirse al rebaño en pocas horas. Un bebé humano sin cuidador adulto muere. El apego existe porque nuestra supervivencia depende de otros durante AÑOS.

Por qué el Trauma de Apego es el más Grave

Depende del cuidador para sobrevivir → no puede alejarse de la fuente de daño

El cerebro en desarrollo necesita al agresor para regular sus emociones → paradoja biológica insoportable

No puede 'huir' ni 'luchar' → la única salida del sistema nervioso es la PARÁLISIS y la DISOCIACIÓN

El vínculo afectivo hacia el agresor persiste (no lo puede suprimir) → confusión, vergüenza, auto-culpa

El daño ocurre durante el período crítico de desarrollo cerebral → impacto en la identidad misma

3.2 La Paradoja del Trauma de Apego

El escenario más peligroso para un niño desde el punto de vista neurobiológico:

El niño tiene miedo y necesita consuelo



Busca instintivamente a su figura de apego



La figura de apego ES quien le genera el miedo

Consecuencias neurobiológicas:

- Sistema de alarma (amígdala) activado
- Sistema de apego (búsqueda de consuelo) también activado
- Ambos sistemas apuntan en dirección OPUESTA
- **El cerebro colapsa → DISOCIACIÓN como única salida**

3.3 Escala de Gravedad del Trauma (Factores Agravantes)

No todos los traumas generan el mismo impacto. Estos factores se ACUMULAN y cada uno añade severidad a las secuelas:

#	Factor Agravante	Impacto
1	Trauma producido por otra persona (versus desastre natural)	Moderado ↑
2	Trauma crónico / repetitivo (versus episodio único)	Alto ↑↑
3	Ocurre en la infancia / durante el desarrollo	Alto ↑↑
4	El agresor es una figura de apego (padre, madre, cuidador)	Muy alto ↑↑↑
5	Respuesta peritraumática de PARÁLISIS (versus lucha o huida)	Muy alto ↑↑↑
6	Sin respuesta protectora del entorno posterior al evento	Muy alto ↑↑↑
7	Combinación de múltiples victimizaciones	Máximo ↑↑↑↑

MÓDULO 4: Disociación — La Respuesta más Grave

La disociación es el mecanismo defensivo más extremo del cerebro. Ocurre cuando ninguna otra respuesta es posible. Es fundamental comprender que existe en un continuo de gravedad — y que confundirla con psicosis tiene consecuencias jurídicas enormes.

4.1 ¿Qué es la Disociación?

DISOCIACIÓN

Ruptura o desconexión entre funciones mentales que normalmente están integradas: emoción, percepción, memoria, identidad y conciencia del propio cuerpo. No es una decisión consciente. Es una respuesta automática del sistema nervioso ante lo insoportable.

Ejemplo: Una niña que está siendo abusada sexualmente 'se va' mentalmente: siente que flota fuera de su cuerpo y observa la escena desde el techo. No recuerda el episodio completo. Esto NO es psicosis.

! Dato Crucial (Save the Children, 2025)

El 90% de los abusos sexuales son cometidos por personas conocidas.

El 55% son cometidos por figuras de apego.

→ La mayoría de víctimas de violencia sexual infantil tienen trauma de apego → alta probabilidad de disociación.

4.2 El Continuo de la Disociación

La disociación no es un fenómeno de 'todo o nada'. Existe en un espectro de menor a mayor gravedad:

NIVEL	Manifestación	En la Entrevista Pericial
Leve	Desconexión emocional al hablar del hecho. Cierta distanciamiento afectivo. Puede relatar con calma excesiva.	<i>Cuenta la agresión sin emoción, casi con indiferencia. A veces sonríe mientras relata algo grave.</i>
Moderada	Lagunas de memoria. Recuerdos en 'fotogramas'. No recuerda fragmentos del evento.	<i>Dice 'no recuerdo lo que pasó después' o 'lo veo como imágenes sueltas, no como una película'.</i>
Severa	Despersonalización (sentirse fuera del propio cuerpo). Desrealización (el mundo parece irreal).	<i>Refiere haber 'flotado' durante el abuso. Sensación de irrealidad. El tiempo se percibe distorsionado.</i>
Grave	Crisis disociativas. Amnesia de episodios completos. 'Partes' que actúan con autonomía.	<i>No recuerda episodios completos de su vida. Otras personas le cuentan cosas que hizo y no lo recuerda.</i>
Extrema (TDI)	Trastorno Disociativo de la Identidad: partes estructuralmente separadas con identidad propia.	<i>Hay 'alguien más' que habla, toma decisiones, tiene nombre propio y características diferenciadas.</i>

4.3 Los Tipos de Disociación: Distanciamiento vs. Fragmentación

Existen dos grandes modelos explicativos que, más que contradecirse, se complementan:

DISTANCIAMIENTO / DESCONEXIÓN	FRAGMENTACIÓN DE LA IDENTIDAD
Mecanismo de defensa ante lo insoportable	Fractura en la organización de la personalidad
El yo se 'aleja' del evento para no sentirlo	El yo se fragmenta en 'partes' que funcionan con autonomía
Más frecuente en adultos	Más frecuente en trauma infantil crónico por figura de apego
Grado variable: desde distanciamiento leve hasta amnesia	Puede desembocar en TDI (Trastorno Disociativo de la Identidad)
El peritado puede narrar 'como si le hubiera pasado a otra persona'	El peritado puede tener diferentes 'voces internas' o no recordar períodos completos

4.4 Disociación vs. Psicosis: La Distinción Más Importante en Peritaje

Para entender por qué esta distinción es tan difícil hay que empezar por un hecho incómodo: los síntomas disociativos graves PARECEN psicóticos. Y eso tiene consecuencias forenses devastadoras si el perito no los distingue.

¿Por qué se confunden? Los fenómenos egodistónicos de la disociación grave

Cuando la disociación alcanza niveles severos o cuando hay fragmentación de la identidad, la persona experimenta fenómenos que, vistos desde fuera, son casi indistinguibles de un episodio psicótico:

Síntomas disociativos que parecen psicosis
→ Voces internas: La persona escucha voces dentro de su cabeza. En disociación son 'partes propias' (la niña que fui, la parte que tiene rabia). En psicosis son voces externas, ajenas, que vienen de fuera.
→ Rumiasiones descontroladas: Pensamientos intrusivos que la persona siente que no controla ni eligió.
→ Despersonalización extrema: 'Siento que no soy yo', 'me veo desde fuera', 'mi cuerpo no es mío'.
→ Desrealización: 'El mundo no es real', 'las personas me hablan raro', 'este lugar lo conozco pero lo siento extraño'.
→ Amnesia de episodios completos: No recuerda períodos enteros de su vida o de sus propias acciones.
→ Regresiones: Una adolescente de 17 años de repente habla como una niña de 4, se chupa el dedo, llora sin poder parar.

Cualquiera de estos síntomas, presentado a un profesional sin formación en trauma, puede llevar al diagnóstico de psicosis. Y ese diagnóstico, en sede judicial, tiene consecuencias directas sobre la credibilidad del testimonio y la posibilidad de condena.

La clave que los distingue: origen, conciencia y disparadores

La diferencia no está en cómo suena la descripción de los síntomas, sino en tres preguntas que el perito debe explorar:

DISOCIACIÓN	PSICOSIS
ORIGEN: trauma severo, especialmente en la infancia	ORIGEN: alteración neurobiológica, genética o tóxica (no necesariamente traumática)
CONCIENCIA: la persona sabe que algo no encaja. 'Sé que esto no es completamente real, pero lo siento igual.' Hay insight parcial.	CONCIENCIA: la alucinación o el delirio ES la realidad para la persona. Sin insight. No duda de lo que percibe.
VOCES: son partes de sí misma, con historia personal propia. Tienen edad, nombre, emociones coherentes con el trauma vivido.	VOCES: ajenas, externas, persecutorias. No tienen historia vinculada a la vida de la persona.
DISPARADORES: los síntomas se activan ante estímulos concretos vinculados al trauma (la ducha, un perfume, cierto tipo de hombre, una fecha).	DISPARADORES: los síntomas no responden a contextos específicos vinculados a un evento. Son más erráticos e independientes del entorno.
EVOLUCIÓN: coherente con la trayectoria de victimización. Los síntomas aparecen o se intensifican en relación al abuso.	EVOLUCIÓN: puede aparecer sin evento traumático previo identificable. Responde a ciclos biológicos más que a situaciones externas.
TRATAMIENTO: responde a psicoterapia trauma-focalizada (EMDR, terapia de partes, trabajo somático).	TRATAMIENTO: requiere principalmente antipsicóticos. La terapia de trauma puede ser contraproducente si no hay estabilización previa.

! Caso Real — La Adolescente de Barcelona (Dra. Micciola)

UNA NIÑA CON 6 AÑOS DE INTERNACIONES: Adolescente de 17 años, sin antecedentes psiquiátricos hasta los 12. A partir de los 12, internaciones psiquiátricas encadenadas sin parar.

CONTEXTO FAMILIAR: Padres separados cuando tenía 1 año. El padre, figura periférica e inestable, tenía visitas irregulares. La niña refería haber sido abusada sexualmente por el padre.

EL ERROR: El médico forense diagnosticó psicosis. Esto generó duda razonable sobre el testimonio ('¿y si lo inventó por la psicosis?') y tendió hacia la absolución del padre.

LA REEVALUACIÓN: La Dra. Micciola y su equipo realizaron 5 entrevistas y consultaron psiquiatra y psicólogas tratantes. Conclusión: TEPT complejo con crisis disociativas.

LA EVIDENCIA CLAVE: Al explorar los disparadores en detalle —'¿qué te activa los síntomas?'— la niña describió: la ducha, la sangre, el olor de cierto perfume, un hombre de determinada altura y forma de moverse. Todos específicos, todos coherentes con el relato del abuso.

LECCIÓN FORENSE: Los disparadores concretos y consistentes con el relato son evidencia de disociación traumática, no de psicosis. Un psicótico no tiene esos anclajes contextuales.

MÓDULO 5: Diagnósticos Relacionados con el Trauma

El campo diagnóstico del trauma está en plena evolución. Conocer las etiquetas actuales y sus diferencias es fundamental para redactar informes periciales precisos.

5.1 Panorama Diagnóstico Actual (DSM-5 / CIE-11)

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS CLAVE	Sistema Clasificadorio
TEPT Simple	Exposición a evento traumático único o limitado. Síntomas: re-experimentación, evitación, hiperactivación, alteraciones cognitivas.	DSM-5 / CIE-11
TEPT Simple con especificidad disociativa	TEPT simple + síntomas de despersonalización o desrealización persistentes.	DSM-5
Trastorno de Estrés Agudo (TEA)	Mismos síntomas que TEPT pero duración: entre 3 días y 1 mes después del evento.	DSM-5
TEPT Complejo (TEPTC)	Trauma crónico/repetitivo. Afecta también: regulación emocional, autoconcepto, relaciones interpersonales. Incluye vergüenza identitaria.	CIE-11 (pendiente DSM-6)
Trauma del Desarrollo	Trauma repetitivo en la INFANCIA. Afecta el desarrollo mismo. Próxima etiqueta esperada en DSM-6.	Propuesto para DSM-6
Trastorno Disociativo de la Identidad (TDI)	Fragmentación grave de la identidad: partes diferenciadas con autonomía. Amnesia entre partes. Siempre vinculado a trauma infantil severo.	DSM-5 / CIE-11

5.2 ¿Qué Diferencia el TEPT Simple del Complejo?

Esta distinción es fundamental en peritaje porque implica cronicidad, mayor gravedad y un perfil sintomático más amplio:

TEPT SIMPLE	TEPT COMPLEJO
Evento traumático puntual o limitado en el tiempo	Trauma crónico, repetitivo (no necesariamente de varios tipos distintos)
Síntomas principales: re-experimentación, evitación, hiperactivación	Además: desregulación emocional, autoconcepto dañado, relaciones interpersonales perturbadas
El 'yo' central permanece más o menos intacto	El 'yo' mismo está fragmentado o profundamente dañado
Vergüenza situacional: 'me da vergüenza lo que pasó'	Vergüenza identitaria: 'yo soy asqueroso/a, defectuoso/a, no merezco existir'
Disociación posible pero no central	Disociación frecuente pero no obligatoria en todos los casos

Un abuso único puede producirlo	Un abuso crónico de la misma persona también lo produce (no requiere tipos distintos de trauma)
---------------------------------	---

Aclaración Clínica Importante

Pregunta frecuente: ¿Se necesitan distintos TIPOS de victimización para diagnosticar TEPT complejo?

RESPUESTA: NO. Una sola forma de abuso (ej. violencia sexual) que se produce de forma repetitiva y crónica es suficiente para producir TEPT complejo.

Una mujer que sufre violencia de pareja durante años, incluyendo agresiones físicas y sexuales repetidas con el mismo agresor, puede desarrollar TEPT complejo.

5.3 La Vergüenza: La Emoción que Nace del Propio Proceso del Abuso

La vergüenza no aparece en el manual de síntomas como un dato más. Es la consecuencia emocional lógica —aunque profundamente injusta— de cómo funciona el proceso de abuso sexual, especialmente cuando lo comete una figura de confianza.

Primero: entender cómo produce vergüenza el proceso del abuso

El abuso sexual por parte de una figura conocida o de apego no ocurre de golpe. Tiene una secuencia que explica por qué la víctima termina sintiéndose responsable:

FAS E 1	El abusador construye un vínculo especial. Atención extra, cuidados, regalos, confidencias. 'Eres especial para mí.' El niño o la niña recibe lo que más necesita: ser visto y atendido.
FAS E 2	Se introduce gradualmente conducta sexualizada dentro de ese vínculo de confianza. Tocamientos presentados como juego, como algo íntimo entre los dos. El niño no ubica que eso está mal porque el adulto lo normaliza.
FAS E 3	La figura abusadora empieza a PEDIR cosas al niño. 'Haz esto', 'Ponte así.' Aquí ocurre algo crucial: el niño, que siempre ha sido quien recibía cuidado, empieza a sentir que ahora él está haciendo algo. Que está participando.
FAS E 4	Disonancia cognitiva: el niño siente que eso no está bien, pero ya lleva tiempo dentro de ese vínculo, ya participó, ya aceptó. No lo contó antes. ¿Cómo lo cuenta ahora? La narrativa interna se vuelve: 'yo lo dejé pasar', 'yo lo hice', 'soy parte de esto.'
RES ULT ADO	No emerge rabia hacia el agresor (a quien sigue necesitando o queriendo). Emerge vergüenza hacia uno mismo. No 'él me hizo algo' sino 'yo soy algo que permite que esto ocurra'.

La vergüenza identitaria: distinta a la culpa, distinta a la tristeza

VERGÜENZA IDENTITARIA (Shame)

Emoción que no ataca lo que la persona HIZO, sino lo que la persona ES. No es 'hice algo malo' (culpa), sino 'yo SOY algo malo, defectuoso, sucio, que merece que esto le pase'. Es pre-lingüística: se instala antes de que la mente pueda pensarla o cuestionarla. Por eso no se desmonta con razonamiento.

Ejemplo: Una adulta que fue abusada de niña puede saber intelectualmente que fue

víctima, pero seguir sintiéndose asquerosa. Ese saber no alcanza la vergüenza porque la vergüenza no vive en el neocórtex.

Esta emoción es la principal razón por la que las víctimas NO revelan el abuso, se demoran años en contarlo, o lo niegan cuando alguien lo descubre. No es estrategia ni mentira: es que hablar de lo que ocurrió exige exponer aquello de lo que más se avergüenzan: que 'participaron', que 'no dijeron que no', que 'seguían queriendo' al agresor.

Por qué la Vergüenza es la Emoción Más Difícil en Trauma

Antes se creía que la tristeza era la emoción más difícil de gestionar en contexto traumático.

Revisión actual (Dra. Micciola, en línea con la literatura reciente):

1º VERGÜENZA IDENTITARIA → ataca la identidad misma. No se puede argumentar ni consolar racionalmente. La persona no la dice porque ni siquiera la nombra: la vive como una verdad sobre sí misma.

2º DESESPERANZA → sensación de que no hay futuro, de que ningún tratamiento puede cambiar lo que ya soy.

3º DISOCIACIÓN → impide acceder al propio interior. Si no puedo sentir, no puedo sanar.

La tristeza, aunque dolorosa, es más accesible terapéuticamente. La vergüenza se esconde detrás de la rabia, de la sumisión, de los síntomas físicos. Por eso el campo recién ahora la está nombrando con fuerza.

Implicación Forense: La Vergüenza Explica la Demora en la Revelación

Una víctima que tarda años en denunciar, que primero niega y luego revela, que cambia detalles de su relato, muy probablemente no está mintiendo.

Está navegando el enorme peso de exponer algo de lo que siente una vergüenza profunda, que no tiene que ver con los hechos objetivos sino con cómo esos hechos la hacen sentir respecto a sí misma.

El perito que entiende esto puede explicar al tribunal por qué la demora o la retractación no son indicadores de falsedad, sino señales clínicas coherentes con el perfil de la vergüenza traumática.

MÓDULO 6: Aplicación en la Evaluación Pericial

Todo el contenido clínico anterior tiene que traducirse en competencias concretas al momento de evaluar en contexto forense. Esta sección sintetiza las implicancias prácticas.

6.1 Lo que Busca el Perito en una Evaluación de Trauma

La evaluación pericial de trauma no es igual a una evaluación clínica. El objetivo es responder preguntas jurídicas específicas con evidencia psicológica rigurosa:

Preguntas Clave que Debe Responder el Perito
1. ¿Existe daño psicológico? (Diagnóstico)
2. ¿Qué tipo y severidad de daño? (Cualificación)
3. ¿Existe nexo causal entre el daño y los hechos denunciados? (Atribución causal)
4. ¿La sintomatología es coherente con el relato de los hechos? (Consistencia)
5. ¿Hay signos de simulación, amplificación o exageración? (Validez del cuadro)
6. ¿Cuál es el pronóstico y qué tratamiento requiere? (Proyección)

6.2 La Trampa del Nexo Causal

Una de las preguntas más difíciles en el juicio oral. El perito debe conocer sus límites:

! La Pregunta del Millón: ¿Este Daño lo Causó ESE Hecho?
Escenario real: Una mujer adulta tiene TEPT. Hay dos posibles eventos causales: (A) abuso sexual en la infancia, (B) violación reciente denunciada.
Respuesta clínica: Las victimizaciones se ACUMULAN. El impacto del segundo trauma es siempre mayor porque el cerebro viene dañado del primero.
Respuesta forense de Elisa Micciola:
→ Explorar disparadores actuales. Si son específicos del evento B → el daño actual se vincula mayoritariamente al evento B.
→ Explorar la coherencia entre la reacción peritraumática y la evolución clínica posterior.
→ Si no es posible discriminar con certeza → DECIRLO. 'Hasta aquí puedo llegar.' No inventar nexos causales que el caso no permite sostener.

Principio de Honestidad Pericial

El perito que dice 'no puedo establecer nexo causal con certeza' no está fallando en su trabajo. Está siendo riguroso. Un perito que fabrica un nexo causal que no puede demostrar es legalmente vulnerable y científicamente deshonesto.

Ejemplo: Dra. Micciola: 'Los peritos a veces solo pueden leer hasta un lugar. Hasta aquí

puedo llegar, y ya está.'

6.3 Signos de Autenticidad del Cuadro Traumático

Estas señales, tomadas en conjunto, aumentan la credibilidad clínica del cuadro:

Señal de Autenticidad	Qué Explorar
✓ Coherencia peritraumática → clínica	<i>La reacción durante el hecho (lucha/huida/parálisis) predice la sintomatología posterior</i>
✓ Disparadores específicos y concretos	<i>¿Qué activa los síntomas? ¿Son consistentes con el contexto del hecho?</i>
✓ Evolución temporal coherente	<i>¿La sintomatología apareció después del hecho? ¿Cuándo? ¿Cómo evolucionó?</i>
✓ Síntomas no sugeridos por el entorno	<i>¿Alguien le explicó qué síntomas debía tener? ¿Tenía contacto con profesionales antes?</i>
✓ Signos corporales de trauma	<i>Somatizaciones, cambios en patrones de sueño/alimentación, conductas regresivas</i>
✓ Disociación emocional al narrar (paradójica)	<i>Relato sin emoción o con emoción incongruente puede ser señal de disociación, NO de fabulación</i>

6.4 El Informe Pericial: Principios Prácticos

Recomendaciones de la Dra. Micciola para el Informe Pericial
→ Máximo 8 páginas. El tribunal no lee documentos de 40 páginas. Sintetizar es una habilidad técnica, no un descuido.
→ Saber QUÉ quiere escuchar el juez. El perito no está para impresionar con terminología: está para responder preguntas jurídicas.
→ Estructurar el razonamiento: datos → interpretación → conclusión. No mezclar capas.
→ Indicar los límites: qué se puede y qué no se puede afirmar con los datos disponibles.
→ No confundir rol clínico con rol pericial. El terapeuta de la víctima no debe ser su perito.
→ En juicio oral: capacidad de síntesis en 20 minutos. Preparar los 3-5 puntos centrales del informe.

MÓDULO 7: Lecturas Recomendadas

Bibliografía recomendada por la Dra. Micciola durante la clase, ordenada por nivel y temática:

Para comenzar (accesibles y amenos)

Título	Autor/a	Temática
Manual introductorio de trauma complejo (el del medio, primera fila)	No especificado en clase	Trauma complejo. Primer libro recomendado. Muy ameno.
No soy yo	Anabel González	Disociación en adultos. Divulgativo y claro.
Comprender y tratar la vergüenza crónica	Patricia de Young	Vergüenza. Casos clínicos breves e ilustrativos.
Por qué recordamos	Neuropsicólogo hindú (UK)	Memoria traumática. Divertido y riguroso.

Para profundizar en disociación

El yo atormentado · [Nijenhuis, Van der Hart y Steele](#): Teoría de la personalidad estructural. Para quienes ya tienen base en disociación.

No hay partes malas · [Richard Schwartz](#): Internal Family System (IFS). Modelo terapéutico de trabajo con partes.

Rompecabezas · [Sandra Baita](#): Evaluación de disociación en niños y niñas. Manual de referencia.

El niño superviviente · [Joana Silver](#): Niños traumatizados. Lectura accesible y práctica.

Trauma y tratamiento disociación infantil (2025) · [Sandra Baita](#): Cómo posicionarse como terapeuta. Rol del profesional en casos de trauma infantil.

Para intervención terapéutica

El cuerpo lleva la cuenta · [Bessel van der Kolk](#): Enfoque somático del trauma. Referencia imprescindible en traumatología moderna.

Trauma y recuperación · [Judith Herman](#): Clásico del campo. Marco conceptual del trauma complejo.

Trascender el trauma · [Deirdre Fay](#): Perspectiva integradora. Múltiples enfoques terapéuticos.

RESUMEN: Mapa Mental de Conceptos

Esquema integrador para repasar antes de la próxima clase:

¿Qué determina la gravedad del daño traumático?

TRAUMA
Experiencia que DESBORDA la capacidad de respuesta de la persona
→ Activa la amígdala → Apaga el neocórtex → Respuesta de supervivencia
LEVE: Evento único · Agresor desconocido · Respuesta de lucha · Entorno protector posterior
GRAVE: Crónico · Agresor figura de apego · Parálisis/disociación · Sin red de protección posterior

¿Cuándo aparece DISOCIACIÓN?	¿Cuándo hay FRAGMENTACIÓN DE IDENTIDAD?
Cuando el cerebro ya no puede ni luchar ni huir	Cuando el trauma ocurre en la infancia y es crónico
Cuando el nivel de miedo es insoportable	Cuando el agresor es la figura de apego
Es el mecanismo MÁS GRAVE (peor que hiper o hipoactivación)	La identidad nunca llegó a integrarse del todo
El continuo va de desconexión emocional leve hasta TDI	En casos extremos: TDI (partes con autonomía propia)

Las 5 Distinciones Críticas del Perito

1	Disociación ≠ Psicosis <i>La disociación tiene origen traumático, conciencia parcial y disparadores específicos. La psicosis no.</i>
2	TEPT Simple ≠ TEPT Complejo <i>El complejo requiere trauma crónico y afecta la identidad y las relaciones, no solo la re-experimentación.</i>
3	Lagunas de memoria ≠ Mentira <i>Los huecos en el relato son el resultado de una codificación traumática alterada, no fabricación.</i>
4	Frialdad al narrar ≠ Falta de credibilidad <i>La disociación emocional hace que la persona relate hechos graves sin emoción visible.</i>

Trauma acumulativo ≠ Nexo causal simple

Las victimizaciones se acumulan. El perito puede describir el daño sin poder siempre atribuirlo exclusivamente a un hecho.

Próxima Clase (Sesión 3 — 25 junio con Esteban Puentes)**¿Qué viene?**

- Instrumentos de evaluación psicométrica específicos para TEPT
- Evaluación de violencia de pareja (bloque 1)
- Evaluación de violencia sexual en la infancia (bloque 2)
- Revisión de caso clínico real con lectura de informe pericial
- Dra. Micciola retomará 15 min para cerrar trastorno conversivo y somatomorfo